

記入例④

調布市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

患者氏名	国保 二郎		生年月日	平成2年 1月 1日	
傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)		初診日	令和 X年 3月 13日	
発病年月日	令和 X年 3月 10日		発病の原因	不詳	
労務不能と認められた期間	令和 X年 3月 10日から 令和 X年 3月 31日まで				
うち入院期間	令和 X年 3月 13日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
	令和 X年 3月 31日まで		転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 X年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数	19 日	
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数	日	
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数	日	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等					
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。			手術年月日	令和 年 月 日	
			退院年月日	令和 X年 3月 31日	
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。					
令和 X年 6月 10日					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地	東京都△△区◇◇1丁目2番3号				
医療機関の名称	国民総合病院				
医師の氏名	国民 四郎		電話番号	03-◇◇◇◇-◇◇◇◇	

医療機関担当者が意見を記入するところ

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消し、正しい内容をご記入ください。