


記入例

国民健康保険傷病手当支給申請書(医療機関記入用)

患者氏名		沖縄 次郎																		
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 2年 3月 13日										
発病年月日		令和 2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 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 31日まで																		
うち、入院期間		令和 2年 3月 10日から						療養費用の種類		<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 2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										
医療機関担当者が意見を記入するところ	令和 2年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診 療 実 日 数	22日		
	令和 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31	日
	令和 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31	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(詳しく)																				
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、3/10 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 2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完成拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院であったため、入院期間は労務不能と判断した。																				
上記のとおり相違ありません。												令和 2年 4月 10日								
医療機関の所在地		沖縄県〇〇市△△1丁目2番3号																		
医療機関の名称		国保病院																		
医師の氏名		国保 国男												 電話番号 ●●●●-●●●●						