

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を記 入する ところ	患者氏名	砂川 二郎					
	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	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)		
		令和2年 3月 31日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	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	22 日	
		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	
		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(詳しく)							
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、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	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2年 〇〇月 〇〇日							
上記のとおり相違ありません。							
医療機関の所在地		北海道〇〇市〇〇条〇〇丁目〇〇番〇〇号					
医療機関の名称		国保総合病院					
医師の氏名		砂川 太一		電話番号 0125-〇〇-〇〇〇〇			