

国民健康保険傷病手当金支給申請書

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	坂東 一郎																		
	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"/> 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 2年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	11	12	13	14	▶	診療 実日数	22 日	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	▶	診療 実日数	日
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	▶	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みられ、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 6月 6日																				
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地 ○○県○○市 ○○○○番地																				
医療機関の名称 ○○総合病院																				
医師の氏名 ○○ ○○ ⑩ 電話番号 0297-35-○○○○																				