

猪名川町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<br>担当者が<br>意見を記<br>入するこ<br>ろ                            | 患者氏名                                                                                              | 国保 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                                                                                                                                  |  |  |  |  |       |      |
|                                                              | 労務不能と認めた期間                                                                                        | 令和 3 年 3 月 10 日から        |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
|                                                              |                                                                                                   | 令和 3 年 3 月 31 日まで        |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
|                                                              | うち、入院期間                                                                                           | 令和 3 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)<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |       |      |
|                                                              |                                                                                                   | 令和 3 年 3 月 31 日まで        |                                                                                     |  |  |  |  | 転帰              | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><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 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  | 診療実日数 | 22 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(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 4 月 10 日                                              |                                                                                                   |                          |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
| 上記のとおり相違ありません。                                               |                                                                                                   |                          |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
| 医療機関の所在地    △△県◇◇市××町1丁目2番3号                                 |                                                                                                   |                          |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
| 医療機関の名称    国保総合病院                                            |                                                                                                   |                          |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |
| 医師の氏名    国保 四郎    電話番号    345-678-9012                       |                                                                                                   |                          |                                                                                     |  |  |  |  |                 |                                                                                                                                     |  |  |  |  |       |      |