


新型コロナウイルス感染症に係る 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	赤塚 二郎	生年月日	平成 5年 6月 7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 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 3年 3月 10日から 令和 3年 3月 31日まで				
労務不能と認められた期間のうち、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) <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 <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	10	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」等を詳細に記入してください。					
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	東京都板橋区大山町1丁目2番3号				
医療機関の名称	大山総合病院				
医師の氏名	大山 四郎		電話番号	345-678-9012	

医療機関担当者が意見を記入するところ