

④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	八幡 二郎																		
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和 4 年 8 月 1 日																
	発病年月日	令和 4 年 8 月 1 日												発病の原因	不詳					
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 8 月 1 日から																		
		令和 4 年 8 月 10 日まで																		
	うち、入院期間	令和 年 月 日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他															
		令和 年 月 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	15	診療実日数	1	日
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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、8/1初診。検査の結果陽性。発症日から10日間を自宅療養とした。												手術年月日	令和 年 月 日							
												退院年月日	令和 年 月 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																				
風邪症状があり、発症後10日は感染リスクがあるため、自宅待機期間となり、労務不能。																				
上記のとおり相違ありません。																	令和 4 年 9 月 20 日			
医療機関の所在地		△△府◇◇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											