

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

この書類の交付料は、下記の診療報酬を算定してください。
「B012 傷病手当金意見書交付料」

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|--|------|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ | 患者氏名 | 福岡 花子 | | | |
| | 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 4月 7日 | |
| | 発病年月日 | 令和 2年 4月 3日 | 発病の原因 | 不詳 | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 2年 4月 3日から 令和 2年 4月 27日まで | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 2年 4月 7日から | 療養費用の種別 | <input checked="" 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 2年 4月 27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 4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 | 25 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) | | | | |
| 4/3～37.5℃以上の発熱が続き4/7初診。肺炎の症状がみられ、新型コロナウイルス感染症の感染が疑われたためPCR検査実施の結果、陽性で同日から入院。症状軽快し、2度陰性となったため、4/27退院した。 | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | | 退院年月日 | 令和 2年 4月 27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 | | | | | |
| 肺炎症状の改善後も感染拡大防止の観点から、PCR検査結果が2度陰性となるまで入院が必要であったため、入院期間中については労務不能と判断した。 | | | | | |
| 令和 2年 5月 10日 | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | |
| 医療機関の所在地 | 福岡市中央区●●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 一郎 | 電話番号 | 092-△△△-〇〇〇〇 | | |
| (※)本人(医師)が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | | |