

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ ろ	患者氏名	後期 三郎			
	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○年 3月 13日	
	発病年月日	令和○年 3月 10日			
	労務不能と 認められた期間	令和○年 3月 10日から		発病の原因	不詳
		令和○年 3月 31日まで			
	うち、入院期間	令和○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○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○年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15	診療 実日数	22 日
		年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 ⑪		
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	診療 実日数	日
			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○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○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 後期総合病院					
医師の氏名 後期 花子 連絡先 345-678-9012					