守谷市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	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２年３月１０日から 令和２年３月３１日まで			
うち，入院期間	令和２年３月１０日から 令和２年３月３１日まで	療養費用の種別	☐ 国保　☑ 公費（ 感染症 ） ☐ 自費　☐ その他	
		転帰	☑治癒　☐ 中止 ☐ 繰越　☐ 転医	

診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。			
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
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
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　〇　年　〇　月　〇　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　（印）　電話番号　２２２-２２２２-２２２２

※　この様式は，新型コロナウイルス感染症で診察を受けた医療機関で記入してもらってください。
診察を受けていない場合は，提出不要です。