

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)

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染するなどして仕事を休み、その期間(※)給与の支払いが受けられないとき後期高齢者医療傷病手当金を申請するためのものです。
 (※) 治療日の翌日以降については傷病手当金の対象となりません。

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名				
	傷病名		初診日	令和 年 月 日	
	発病年月日	令和 年 月 日	発病の原因		
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から			
		令和 年 月 日まで			
	うち入院期間	令和 年 月 日から	転 帰	<input type="checkbox"/> 治療 [令和 年 月 日]	
		令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 繰越 [令和 年 月 日]	
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	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
		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)					
			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					
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名			電話番号		

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

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)

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染するなどして仕事を休み、その期間(※)給与の支払いが受けられないとき後期高齢者医療傷病手当金を申請するためのものです。
 (※)治療日の翌日以降については傷病手当金の対象となりません。

	患者氏名	後期 太郎												
	傷病名	新型コロナウイルス感染症 (COVIT-19)					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 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 13 日から 令和 2 年 3 月 31 日まで					転 帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治療 [令和 2 年 3 月 31 日] <input type="checkbox"/> 繰越 [令和 年 月 日] <input type="checkbox"/> 中止 [令和 年 月 日] <input type="checkbox"/> 転医 [令和 年 月 日]						
医療機関担当者が意見を記入するところ	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 (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)										診療実日数	19 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)														
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13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。症状の改善により、3/31に退院。							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														
上記経過のため、退院までは労務不能と判断した。														
令和 2 年 4 月 15 日														
上記のとおり相違ありません。														
医療機関の所在地		北海道〇〇市〇〇町7丁目8番9号												
医療機関の名称		××病院												
医師の氏名		▲▲ ▲▲					電話番号 123-4567-8900							

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。