

後期高齢者医療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	広域 太郎																					
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和3年	9月	2日																	
	発病年月日	令和3年	9月	1日			発病の原因	不明															
	労務不能と認められた期間	令和3年 9月 1日から																					
		令和3年 9月 10日まで																					
	うち、入院期間	令和3年 9月 2日から					療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他															
		令和3年 9月 9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3年 9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	9	日			
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数		日			
		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）																							
38度を超える発熱が続き、空咳を何度も確認したため、新型コロナウイルス感染症の疑いで検査も兼ねて入院。検査結果は陰性であり、熱も1週間ほどで下がったため、退院とした。												手術年月日	年 月 日										
												退院年月日	令和3年 9月 9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																							
結果的には過労による症状であったが、入院当初は新型コロナウイルス感染症症状に類していたため、感染拡大防止の観点より労務不能と判断した。																							
																		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		岐阜市○○町○-○																					
医療機関の名称		○○病院																					
医師の氏名		○○ ○○														電話番号				□□□-□□□-□□□□			