

様式第1号の4(第2条の2関係)

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	後期 太郎																		
	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3年3月10日													
	発病年月日	令和3年3月10日																		
	労務不能と認められた期間	令和3年3月10日から											発病の原因							
		令和3年3月31日まで																		
	うち、入院期間	令和3年3月10日から											療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他						
		令和3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3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	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)																				
新型コロナウイルス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3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 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																				