

# 新型コロナウイルス感染症に係る 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																																														
	傷病名					初診日	年 月 日																																								
	発病年月日	年	月	日	発病の原因																																										
	労務不能と認められた期間	年	月	日										から																																	
		年	月	日	まで																																										
	うち、入院期間	年	月	日	から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費（    ） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																																								
		年	月	日	まで	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																																								
	診療日および入院していた日を○で囲んでください。	年	月	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>											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
		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																														
	年	月	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>											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	
	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																																
年	月	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>											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		
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																																
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																															
						手術年月日	年 月 日																																								
						退院年月日	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																																															
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																																					

記入のしかた

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に罹患した方の傷病に関する事項を記入する申請書です。医療機関を受診した場合は、本書の提出が必要になりますので医療機関（医師）の意見を受けてください。

記入例（医療機関の方へ）

新型コロナウイルス感染症に係る  
国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

〔被保険者の方へ〕  
被保険者記入用の④「療養のために休んだ期間」はこの期間を転記してください。

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 10日																
	発病年月日	令和2年 3月 10日							発病の原因	濃厚接触者との交流										
	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 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2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										
	診療日およ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	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「主たる症状および経過」「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裏買いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状が見られたため、同日から入院。2週間程度で改善の症状が見られ、3/31に実施した検査の結果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の感染症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2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		東京都練馬区■■町1-2-3																		
医療機関の名称		国保総合病院																		
医師の氏名		国保 四郎				電話番号		03-3456-7890												