

新潟県後期高齢者医療 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	阿賀野 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 2年 4月10日	
	発病年月日	令和 2年 4月10日		発病の原因	不詳
	労務不能と 認めた期間	令和 2年 4月10日から			
		令和 2年 4月30日まで			
	うち、 入院期間	令和 2年 4月10日から		療養費用の 種別	<input type="checkbox"/> 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 (感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
		令和 2年 4月30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 2年 4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	10	30	診療 実日数 21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)					
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため4/10 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。10日程度で症状の改善が見られ4/30 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	年 月 日		
		退院年月日	令和 2年 4月30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、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、検査で陰性となるま では入院が必要であったため、入院期間は労務不能とした。					
上記のとおり相違ありません。 令和 2年 5月27日					
医療機関の所在地		新潟県〇〇市△△△1丁目2番3号			
医療機関の名称		後期総合病院			
医師の氏名		後期 三郎	印 後期	電話番号 123-456-7890	