

傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

記入例

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	埼玉 次郎																																												
	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 13日																																										
	発病年月日	令和2年 3月 10日		発病の原因																																										
	労務不能と認められた期間	令和2年 3月 10日から			不詳																																									
		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		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																																									
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和2年3月	<table border="1"> <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	22	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 border="1"> <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 border="1"> <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。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	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 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	さいたま市浦和区常磐600-400-400																																													
医療機関の名称	浦和総合病院																																													
医師の氏名※	浦和五郎	電話番号	048-XXXX-XXXX																																											

※医師本人の署名以外は記名押印してください