

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

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																			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31													
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
		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)																																
										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												

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

※申請書(被保険者記入用②)の「医療機関の受診状況」において「1. 受診した」を選択した場合はこの書類が必要です。

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2 年 3 月 13 日											
	発病年月日	令和2 年 3 月 10 日				発病の原因	不詳											
	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 13 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											
	診療日及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 19 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 日	
		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)																		
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、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 6 月 15 日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		〇〇県××市△△町1-2-3																
医療機関の名称		□□総合病院																
医師の氏名		国保 三郎										電話番号 000-999-8888						