

大津町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	大津 一郎												
	傷病名	新型コロナウイルスによる 呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 4年 8月 30日										
	発病年月日	令和 4年 8月 30日												
	労務不能と 認められた期間	令和 4年 8月 30日から												発病の原因
		令和 4年 9月 8日まで												
	うち、入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他										
		令和 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。	令和 4年 8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	1 日									
		令和 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									
		令和 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)														
令和4年8月30日より発熱。検査の結果上記診断。		手術年月日	令和 年 月 日											
		退院年月日	令和 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														
感染拡大防止のため、自宅療養が必要だったため、労務不能と判断した。														
令和 4年 9月 1日														
上記のとおり相違ありません。														
医療機関の所在地		熊本県菊池郡大津町大字大津1233												
医療機関の名称		〇〇医院												
医師の氏名		〇〇 〇					電話番号 000-0000-0000							