後期高齢者医療傷病手当金支給申請書4（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	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
労務不能と認めた期間	令和 3 年 3 月 10 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで			
うち、入院期間	令和 3 年 3 月 10 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで		療養費用の種別	☐ 国保　☑ 公費（ 感染症 ） ☐ 自費　☐ その他
			転帰	☑治癒　☐ 中止 ☐ 繰越　☐ 転医

診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。			
令和 2 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 (31)	診療実日数	22 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）

新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10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	令和 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 1 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番地

医療機関の名称　▲▲市立病院

医師の氏名　広域　二郎　　電話番号　01－234－5678