

第4号様式(第3条関係)

新型コロナウイルス感染症に係る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	世田 花子																		
	傷病名	傷病名をご記入ください。	初診日	令和 2 年 4 月 7 日																
	発病年月日	令和 2 年 4 月 4 日			発病の原因	分かる範囲でご記入ください。														
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 4 月 4日から 令和 2 年 4 月 24日まで																		
	上記の期間のうち、入院していた期間	令和 2 年 4 月 7日から			療養費用の種別	国保	<input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)		その他											
		令和 2 年 4 月 20日まで			転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	中止		繰越 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	診療 実日数	14	日
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数		日
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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、詳細記入欄																			
ご記入ください										手術年月日	年 月 日									
										退院年月日	令和 2 年 4 月 20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等、記入欄																				
ご記入ください																				
															令和 2 年 5 月 8日					
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地 世田谷区 - -																				
医療機関の名称 総合病院																				
医師の氏名 東京 一郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">東京</span> 電話番号 03 - -																				