

後期高齢者医療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																												
	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												療養費用の種類	<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																													
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 電話番号</p>																													

後期高齢者医療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	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4年 3月13日
	発病年月日	令和4年 3月10日		発病の原因
	労務不能と認められた期間	令和4年 3月10日から 令和4年 3月31日まで		
	うち、入院期間	令和4年 3月10日から		療養費用の種別
		令和4年 3月31日まで		転帰
	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
		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
		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）			
新型コロナウイルス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、肺炎の症状が見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4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4年 ○月○○日				
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地	△△県○○市□□町△番地□			
医療機関の名称	後期総合病院			
医師の氏名	○○ ○○	電話番号	098-7654-3210	