

## 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)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

|                                  |   |         |    |    |    |    |         |  |    |     |    |    |    |    |    |    |           |           |   |    |
|----------------------------------|---|---------|----|----|----|----|---------|--|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----------|-----------|---|----|
| 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( )<br><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<br><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<br>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<br>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<br>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                            |   |         |    |    |    |    |         |  |    | 連絡先 |    |    |    |    |    |    |           |           |   |    |