

国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

記入例

被保険者情報	被保険者証 記号番号	香川 4 - 1 2 3 4 5 6 7			世帯主氏名	国保 二郎						
	(フリガナ)	コクホ イチロウ			生年月日	昭和 平成 元 年 1 月 1 日						
	氏名	国保 一郎										
住所	善通寺市文京町二丁目1番1号											
振込先	金融機関名	善通寺			銀行 金庫 農協	中央 本店・支店 出張所・支所						
	預金種別	普通・当座			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	、	ロ	ウ				
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は一字として、姓と名の間は一字空けてください。										
<p>上記のとおり申請します。なお、傷病手当金の支給の決定に必要な事項について、善通寺市が事業所及び医療機関等に照会し、情報提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 2年 7月 1日</p> <p>善通寺市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者（世帯主） 住所 善通寺市文京町二丁目1番1号 氏名 国保 二郎 電話番号 0877-62-6308</p>												



*以下記入不要

保険者 記入欄	支給決定額
	円

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	国保 一郎											
	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 6 月 10 日						
	発病年月日	令和 2 年 6 月 7 日				発病の原因	不詳						
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 6 月 7 日から											
		令和 2 年 6 月 27 日まで											
	うち、入院期間	令和 2 年 6 月 10 日から				療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他						
		令和 2 年 6 月 27 日まで				転帰	<input checked="" 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 2 年 6 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	18 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、6/10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、6/27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 6 月 27 日							
症状経過から見て従来職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 6 月 30 日													
上記のとおり相違ありません。													
医療機関の所在地		善通寺市文京町五丁目5番5号											
医療機関の名称		善通寺総合病院											
医師の氏名		国保 四郎						電話番号 0877-12-3456					