

新型コロナウイルス:傷病手当金支給申請書

(③医療機関記入用)

被保険者証 記号・番号	89 -									
患者氏名					生年月日	S・H		年	月	日

医療機関担当医師が意見を記入するところ	初診日	令和	年	月	日	傷病名								
	発病年月日	令和	年	月	日									
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで			
	うち、入院期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止
	「診療日」及び「入院していた日」を「○」で囲んでください。	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
		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
	発病の時の症状・原因													
	上記期間中における「主症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)													
											手術年月日			
										令和		年 月 日		
										退院年月日				
										令和		年 月 日		
症状経過から見て、当該患者の職種について労務不能と認められた医学的な所見														
上記のとおり、相違ないことを証明します。														
										令和		年 月 日		
医療機関の所在地														
医療機関の名称														
医師の氏名														
⑧														