

様式第6号（附則第2項関係）

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																														
	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（ ） <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 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								
			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）																														
																								手術年月日		年 月 日					
																								退院年月日		年 月 日					
症状経過から見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																															
																								(印)		電話番号		—		—	