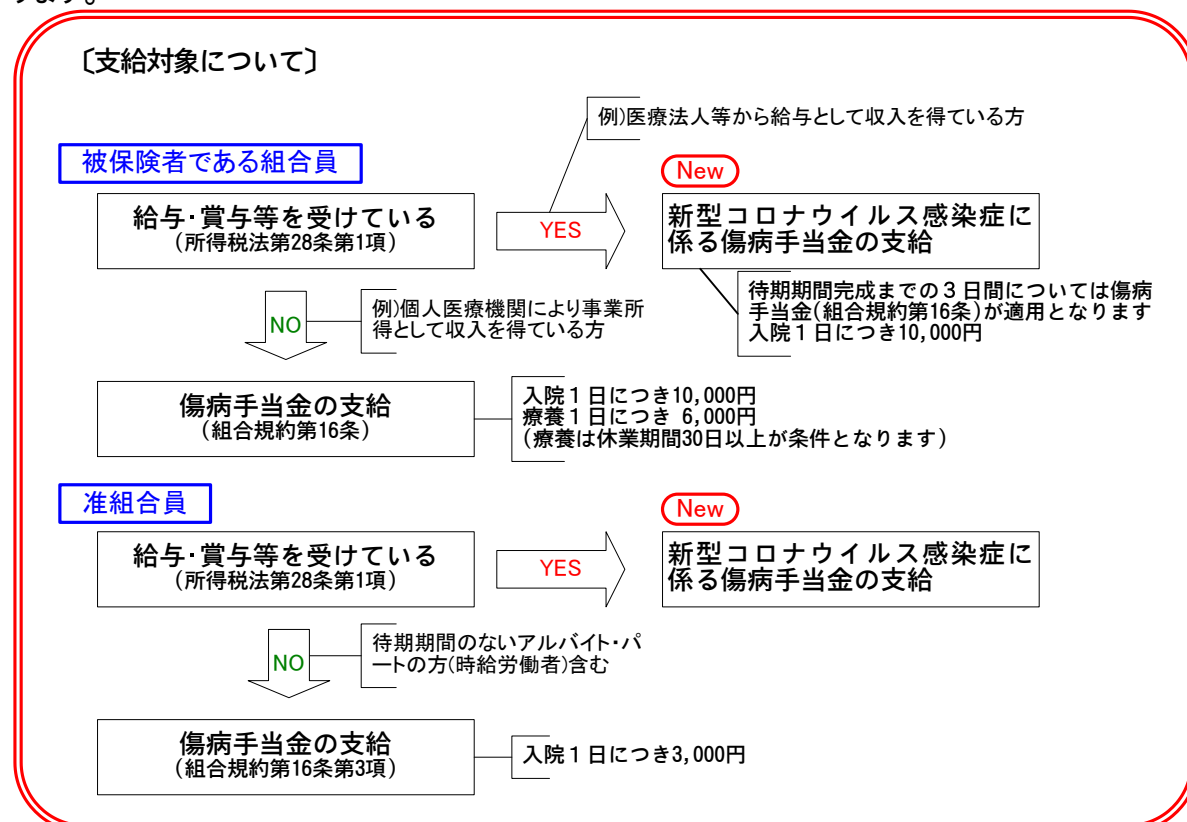


新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について〔第3報〕

令和3年6月3日発行

本組合は、この度の「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)」に係る感染等の影響を受けて、組合規約第16条「傷病手当金」の一部を改正し、当該において事業所から給与等の支払いを受けている被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等での症状で感染が疑われた場合に、療養のため労務に服することが出来なかった期間について傷病手当金の支給することと致しました。〔組合規約一部改正…理事専決(R3.6.3)、適用期間の変更〕

本傷病手当金の支給を受けるためには以下の要件で申請が必要となります。申請様式の請求や記入方法など、ご不明な点は医師国保組合事務局までお知らせください。申請様式は組合のホームページにも掲載しております。



1. 支給を受ける条件

- 1) 新型コロナウイルス感染症に感染した又は発熱等の症状があり感染が疑われる被保険者
- 2) 被保険者区分：組合員、准組合員（支給額算定に必要な継続した3月間の給与等の支払いを受けている方）
- 3) 3日間連続で仕事を休み（待期間完成*）、4日目以降も休んでいること（待機期間完成に要した3日間に対しては支給されません）

2. 適用となる期間及び支給対象日

- 1) 適用となる期間は、**令和2年1月1日から令和3年9月30日**までの間。
- 2) 支給対象日は、療養のため労務に服することができない期間のうち就労を予定していた日。但し、入院が継続する場合等は支給を始めてた日から起算して最長1年6ヶ月まで。

3. 支給額

$$\boxed{\begin{array}{l} \text{1日当たりの支給額} \\ \text{(直近の継続した3月間の給与収入の合計額} \\ \text{÷就労日数×(2/3))} \end{array}} \times \boxed{\text{支給対象となる日数}} = \boxed{\text{支給額}}$$

※ 1日当たりの支給額については、社会保険の最高等級の標準報酬月額1/30に相当する金額(令和2年3月末現在、最高等級の標準報酬月額139万円：日額30,887円)を超える時は、その金額とする。

※ 給与の全部や一部を受けた場合は、支給額の調整や不支給となる場合があります。

4. 支給申請様式

1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員・准組合員 記入用)

✦ 該当者・振込口座・受領委任等を記入して下さい。

2) 同 (被保険者記入用)

✦ 医療機関への受診状況・休んだ期間等を記入して下さい。

✦ 医療機関に受診していない場合は、事業主の証明が必要です。

3) 同 (事業主記入用)

✦ 無給休暇の日・直近3ヶ月間の出勤状況・賃金支給状況を記入して下さい。

4) 同 (医療機関記入用)

✦ 受診した医療機関に提出して、受診日・症状・所見等を記入してください。

✦ 支給額算定のために受診した医療機関ごとに必要です。

✦ 診断書に記載があれば代用できます。 ※感染が疑われる場合の休業指示についても第三者(行政機関・医療機関等)発行の証明が必要となります。

5. その他

1) 同一期間において組合規約第16条(傷病手当金)との併給はできません。また、国の財政支援制度の適用を受けるため、その他の国等の制度との併給もできないことがあります。その場合、支給額が調整されることがあります。

2) 業務に起因した感染等の場合は、当該傷病手当金ではなく、原則として労災保険の対象となります。労災保険の休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。

3) 個人事業所や法人事業所の事業主に対しては、国の「持続化給付金」等の支援を受けられる場合があります。

* 待期期間完成の考え方

凡例 休：無給休暇、有：有給休暇、公：土日祝や定休日等の事業所で定められた休暇、出：出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

休1 休2 休3

例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 × 待期未完成

休1 休2 出 休1 休2

例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

休1 出 休1 休2 休3

例4) 公休日、有休日3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

有1 公2 休3

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535 松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL：0852-26-3100 FAX：0852-26-3104

URL：<https://shimane-ikokuho.or.jp> E-mail：isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp

国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員・准組合員 記入用)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-----------------------------------|-------------------|-------|---|----------|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証 記号番号 | 60-01234-000 | 組合員または 准組合員 氏名 | 国保 一郎 | | | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | コクホ ジロウ 国保 二郎 | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 元 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
| | 住所 | △△県〇〇市□□町1丁目2番3号 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 名称 | 国保 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他() | | | 中央 本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入 | | | | | | | |
| | 預金別 | 普通・当座 その他() | | 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1字として、姓と名の間は一字空けてください。 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和3年1月10日 住所 〒690-0000 松江市□□町1丁目2番3号 電話番号 0852-34-7890 組合員・准組合員 氏名 国保 一郎 島根県医師国民健康保険組合理事長 様 | | | | | | | | | | | | |

【受取代理人の欄】(組合員・准組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

| | | | |
|------------------|--|------------------|----|
| 組合員 ・ 准組合員 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和3年3月15日 | | |
| 氏名 | 国保 太郎 | 住所 | 同上 |
| 代理人 (口座名義人) | 〒123-4567 〇〇市□□町1丁目2番3号 | 組合員・准組合員 との関係 | |
| | (フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎 | 子 | |

| | |
|------------|---------|
| 保険者 記入欄 | 支給決定額 |
| | 56,770円 |

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

| | |
|--------|--|
| 被保険者氏名 | |
|--------|--|

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 症状が出た日 | 令和 年 月 日 | 帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入 | 令和 年 月 日 (時頃) | | | | | | | | |
| ①医療機関の受診状況 | | 1. 受診した 2. 受診していない | | | | | | | | | |
| (①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| (①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に) | | | | | | | | | | | |
| ③療養のために 休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。) | 日 | | | | | | | | |
| ⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。 | 1. はい 2. いいえ | | | | | | | | | | |
| ⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | (給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

| | |
|------------|---|
| 事業主 記入欄 | <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑩</p> |
| 担当者氏名 | 電話番号 |

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

| | |
|--------|-------|
| 被保険者氏名 | 国保 二郎 |
|--------|-------|

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 症状が出た日 | 令和3年1月10日 | 帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入 | 令和3年3月13日 (午前11時頃) | | | | | | | | |
| ①医療機関の受診状況 | <input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない | | | | | | | | | | |
| (①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日 | 令和 3 年 3 月 13 日 | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| (①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に) | | | | | | | | | | | |
| ③療養のために休んだ期間 | 令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。) | 7日 | | | | | | | | |
| ⑤上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。 | <input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ | | | | | | | | | | |
| ⑥⑤で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から | (給与等の額:円) | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日まで | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

| | |
|--------|--|
| 事業主記入欄 | 令和 年 月 日 |
| | 上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。 |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 ⑤ |
| 担当者氏名 | 電話番号 |

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-------------------------------|------------------------------|-----------|-----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|----|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | 左記の事由による 無給休暇の日数 | |
| | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | ②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | 賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計) | |
| | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 日 | |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | 31 |
| ②の期間に対して、賃金を支払いましたか？ | 1. はい | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 | <input type="checkbox"/> 時間給 | 賃金計算 | 締日 | | 日 | | | | | | | | | |
| | 2. いいえ | | <input type="checkbox"/> 日給 | <input type="checkbox"/> 歩合給 | | 支払日 | | 日 | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 日給月給 | <input type="checkbox"/> その他 | | | 1. 当月 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 2. 翌月 | | | | | | | | | | |
| ②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給した賃金内訳 | 期間 | 単価(円) | 月 日 ~ | 月 日 ~ | 月 日 ~ | | | | | | | | | | | | |
| | 区分 | | 月 日 分 | 月 日 分 | 月 日 分 | | | | | | | | | | | | |
| | | | (A)支給額(円) | (B)支給額(円) | (C)支給額(円) | | | | | | | | | | | | |
| | 基本給 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 時給 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現物給与 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 (印) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

| | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------|-----|---|--|
| 被保険者氏名 | | 国保 二郎 | | | | | | | |
| ①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。 | | | 左記の事由による 無給休暇の日数 | | | | | | |
| 令和3年1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 | 10 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 | | | | | | | |
| ②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。 | | | 賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計) | | | | | | |
| 令和2年10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 | 9 日 | | | | | | |
| 令和2年11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 | 8 日 | | | | | | |
| 令和2年12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 | 10 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 | 日 | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | ②の期間に対して、賃金を支払いましたか? | 1. はい 2. いいえ | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 | 賃金計算 | 締日 | 毎月末 | 日 | |
| | | | | | 支払日 | 1. 当月 2. 翌月 | 25 | 日 | |
| ②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。 | | | | | | | | | |
| 支給した賃金内訳 | 期間 区分 | 単価(円) | 10月1日 ~ 10月31日 分 (A)支給額(円) | 11月1日 ~ 11月31日 分 (B)支給額(円) | 12月1日 ~ 12月29日 分 (C)支給額(円) | | | | |
| | 基本給 | 12000 | 240000 | 180000 | 144000 | | | | |
| | 時給 | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | |
| | 現物給与 | | | | | | | | |
| | 計 | | 240000 | 180000 | 144000 | | | | |
| | | | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) | | | 564000 | 円 | | |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 令和 3 年 4 月 5 日 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | ●●市■■町1丁目2番3号 | | | | | | | |
| 事業所名称 | | (医)国保クリニック | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | 国保 太郎 | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | 国保 花子 | | 電話番号 | | 123-456-7890 | | | |

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 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 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。 | 令和 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 退院年月日 | 令和 年 月 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 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 (印) 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 国保 二郎 | | | |
| | 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 3 年 1 月 10 日 | |
| | 発病年月日 | 令和 3 年 1 月 10 日 | | 発病の原因 | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 3 年 1 月 10 日から | | | 不詳 |
| | | 令和 3 年 1 月 29 日まで | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 3 年 1 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) |
| | | 令和 3 年 1 月 25 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 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 | 15 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、1/10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、1/25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 3 年 1 月 25 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 3 年 1 月 30 日 | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | ◇◇市××町2番3号 | | | |
| 医療機関の名称 | | 国保総合病院 | | | |
| 医師の氏名 | | 国保 八郎 |  | 電話番号 345-678-9012 | |