

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関担当者が証明するところ	患者氏名																		
	傷病名																		
	初診日又は相談日																		
	発病年月日	年	月	日															
	労務不能と認められた期間又は休養等を指導・助言等した期間	年	月	日から	発病の原因														
		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（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他														
		年	月	日まで															
	診療日及び入院していた期間を○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	診療実日数	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	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、自宅待機等が必要と認められた所見																			
年 月 日																			
上記の通り相違ありません																			
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																			

令和2年5月7日

担 当 医 様

宮代町住民課国保・後期担当

国民健康保険新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に 傷病手当金の支給申請に必要な意見書について（依頼）

日頃より町行政に対しましてご支援とご協力を賜り心より感謝申し上げます。
さて、このたび国の新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策にともない、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者である宮代町国民健康保険被保険者（発熱等の症状があり、感染が疑われる者も含む。）に対し、傷病手当の支給を行うことになりました。

国からの通知により、国民健康保険被保険者（世帯主）が世帯主及び被保険者の傷病手当金を支給申請する際に、医師の意見書の添付が求められております。
患者様からご請求のあった場合は、ご対応のほどよろしくお願いいたします。
なお、費用等につきましては被用者保険と同様の取り扱いとなります。

ご多忙中とは存じますが、傷病手当金の円滑な支給にご協力いただきますようお願いいたします。

【問合せ先】

〒345-8504

宮代町笠原1丁目4番1号

宮代町住民課国保・後期担当

TEL:0480-34-1111

e-mail:hoken@town.miyashiro.saitama.jp