

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|----|-----------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|-----|
| 医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ | 患者氏名 | 後期 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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3月13日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和2年3月10日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と 認めた期間 | 令和2年3月10日から | | | | | 発病の原因 | 不詳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和2年3月31日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち、入院期間 | 令和2年3月13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3月31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 | 19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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、3/13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週間程で症状の改善がみられ、3/31に実施したPCR検査において陰性となったため退院。 | | | | | | | | | | | | | 退院 年月日 | 令和2年3月31日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺炎の症状改善後も新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、検査結果が陰性となるまでは入院が必要であった。そのため、発症日から退院日までの期間について就労不能と判断した。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和2年6月15日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | 東京都〇〇区△△町7-8-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | ×××総合病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | 広域 三郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 広 ④ 域 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 03-8888-9999 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※申請書②（被保険者記入用その2）の「療養のために休んだ期間」は、この期間を転記してください。

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の「医療機関受診等証明書」について

東京都後期高齢者広域連合では、新型コロナウイルスに感染又は感染の疑いがあり、仕事を休んだ被保険者(給与の支払いを受けられなかった方)に対し、傷病手当金を支給することといたしました。

上記の支給要件に該当する方が、「帰国者・接触者外来」等の医療機関を受診されている場合は、当該医療機関で、「労務不能と認められた医学的な所見」や「労務不能と認められた期間(※1)」などを証明していただき、その書類を添えて申請する必要があります。

つきましては、別紙「**後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書(※2)**」に必要事項を証明していただきますようお願い申し上げます。

(※1) こちらに記載いただく「労務不能と認めた期間」が傷病手当金の申請対象期間として判断しております。そのため、入院期間(自宅療養期間)＝労務不能期間ではなく、発病日から入院日までの期間、及び退院後の自宅療養の期間もコロナもしくはコロナの疑いにより、労務不能と判断できる場合は、その期間につきましても含めるようお願いいたします。また、その期間を含めた場合は所見欄にその理由の記載もお願いいたします。

(※2) 証明作成に費用が発生する場合は、患者(被保険者本人)の自己負担となります。

その他、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

広域連合お問合せセンター

TEL : 0570-086-519

FAX : 0570-086-075