

# 医師の意見書(国民健康保険傷病手当金支給申請用)

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( )																		
		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	診療 実日数	日								
		令和		年		月		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	診療 実日数	日								
令和		年		月		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	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 <span style="float: right;">⑩ 電話番号</span>																																

## 医師の意見書(国民健康保険傷病手当金支給申請用)

記入例

医療機関 担当者が 意見を書 き入る 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 2 年 3 月 13 日	
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日	発病の原因 不詳	
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 3 月 10 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで		
	うち、入院期間	令和 3 年 3 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) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
		令和 3 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 22 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、3/10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、3/31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 2 年 3 月 31 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 2 年 4 月 10 日				
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地		△△県◇◇市××町1丁目2番3号		
医療機関の名称		国保総合病院		
医師の氏名		国保 四郎	電話番号 345-678-9012	

令和 2年 4月 27日

担 当 医 様

東大阪市 市民生活部  
医療保険室 資格給付課

国民健康保険及び後期高齢者医療新型コロナウイルス感染症に感染した  
被用者等に対する傷病手当金の支給申請に必要な意見書について（依頼）

平素は本市国民健康保険事業に多大なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、国の新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策－第2弾－への対応としまして、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者である本市国民健康保険及び後期高齢者医療制度被保険者（発熱等の症状があり感染が疑われる者も含む。以下同じ。）に対し、傷病手当金の支給を行う事となりました。

国からの通知により、傷病手当金支給の申請には医師の意見書の添付が求められておりますので、患者様から請求のあった場合は、ご対応の程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。

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

**【問合せ先】**

東大阪市 市民生活部 医療保険室 資格給付課  
〒577-8521  
東大阪市荒本北一丁目1番1号  
電話 06-4309-3167  
FAX 06-4309-3804