

別記

記入例 ④ (医療機関受診等証明書) ※入院をした場合のみ

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4年6月8日											
	発病年月日	令和4年6月8日					発病の原因	不詳											
	労務不能と認められた期間	令和4年6月8日から																	
		令和4年6月18日まで																	
	うち、入院期間	令和4年6月8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4年6月18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4年6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	11日
		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
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)																			
6/8に救急搬送。新型コロナウイルス感染症の感染疑いがあったため、PCR検査を行い、結果は陽性。肺炎の症状がみられたため同日から入院。 10日程度で症状の改善がみられ、6/18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4年6月18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4年7月12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="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 広 域 </div>		電話番号							03-8888-9999			

医療機関さまへ

東京都後期高齢者医療広域連合

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、傷病手当金を支給しております。

上記の支給要件に該当する方が、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いております

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