

療養状況・日常生活状況報告書

健康保険組合は皆さまからの保険料で運営しているため、傷病手当金の支給には適正な判断が必要となります。
今後、当報告書を傷病手当金申請書と一緒に必ずご提出していただくこととなりましたのでよろしくお願ひします。

●この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしています。

・今回請求する請求期間において全ての事項に漏れなくご記入ください。

・添付、記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。

記 入 日	被保険者氏名	在職時または任継の健康保険記号・番号
年 月 日		—
今回の傷病手当金請求期間	年 月 日 ~	年 月 日
今回の傷病手当金請求期間における状況を必ず記入（□印に✓を入れ、必要事項は記入）してください。		
療 養 に つ い て	医療機関への受診状況	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に 回 <input type="checkbox"/> 1週間に 回 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 受診していない
	受診日の決め方	<input type="checkbox"/> 自分で判断して都合の良い日に行く <input type="checkbox"/> 主治医の指示通り <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く <input type="checkbox"/> その他（ ）
	受診と治療の内容	<input type="checkbox"/> 受診のみ <input type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 服薬のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		1. 治療内容 問診／検査（内容： ） 処置（内容： ） レントゲン（内容： ） 2. 薬の服用は、医師の指示通り行っていますか？ <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない（理由： ） <input type="checkbox"/> 薬の処方はない
	医師からの療養に関する指導について	1. 安静について <input type="checkbox"/> 1日中安静にしているよう指示されている <input type="checkbox"/> 適度に安静にするように指示されている <input type="checkbox"/> その他（ ） 2. 食事療法について <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> その他（ ） 3. 運動について <input type="checkbox"/> 運動は禁止されている <input type="checkbox"/> 軽い運動を勧められている <input type="checkbox"/> その他（ ） 4. 医師から療養上指導を受けていることを記入ください。 （ ）
自覚症状		

日常生活について	毎日の過ごし方について (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 仕事・アルバイトをしている (何らかの収入を得る行動をしている) <input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができる <input type="checkbox"/> ほとんど家にいるが時々、散歩程度の外出をする <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが一日中家にいる <input type="checkbox"/> 身の回りのことはかろうじてできるがほとんど横になっている <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできず介助が必要な状態 <input type="checkbox"/> その他 ()
	「仕事・アルバイトをしている」と回答した方へ 詳細な就労状況	<p style="text-align: center;">年 月 日から</p> 勤務時間： 1日に 時間、 日程度 仕事内容：
収入状況について	雇用保険 (失業給付) について (※)	<input type="checkbox"/> 1. 手続きは何もしていない →雇用保険離職票 1,2 のコピーまたは離職票の交付を受けてない方は <u>雇用保険被保険者資格喪失確認通知書を添付してください</u> <input type="checkbox"/> 2. 受給している (受給していた) 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日 →雇用保険受給資格者証の全ページのコピーを添付ください <input type="checkbox"/> 3. 申請したが、受給していない 申請日 年 月 日 →雇用保険受給資格者証の全ページのコピーを添付ください <input type="checkbox"/> 4. 療養のため、延長申請をしている 申請日 年 月 日 →雇用保険受給期間延長通知書のコピーを添付ください
その他	現在加入している健康保険について (※)	◆現在加入している健康保険の <u>資格確認書</u> のコピーまたは <u>資格情報のお知らせ</u> のコピーを貼付または添付してください。【当健保の任意継続被保険者は除く】 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">貼 付</p> </div>

【注意】

状況によっては、療養状況の調査 (聞き取り等) をさせていただきます。

【退職後の支給要件】 ①と②を両方満たす場合のみ支給対象となります。

- ① 資格を喪失した日の前日まで継続して1年以上被保険者であったこと
(任意継続被保険者及び共済組合の組合員であった期間は含まれません)
- ② 退職日当日に傷病手当金の支給を受けている (報酬との調整により支給されない場合を含む) こと