

※ 該当の箇所・数字を○で囲むか、記入してください。

●療養について	
1、通院回数について	1 1か月に____回程度 2 1週間に____回程度 3 その他（ ）
2、受診状況について	1 診察のみ 2 投薬のみ 3 診察と投薬
3、受診日について	1 自分で判断して都合の良い日に行く 2 医師に指示された日に行く 3 薬がなくなったら行く 4 その他（ ）
4、医師から指示された療養期間	1 令和 ____年 ____月頃まで 2 その他（ ）
5、療養する上で医師から指示されていること	[]
6、今回の請求期間の状態について (自覚症状・処方された薬など)	[]
●日常生活について	
毎日の過ごし方について (複数回答可)	1 1日中横になっている 2 1日のうち()時間程度横になっている 3 横にならなければならないほどの状態ではない 4 テレビを見たり、ラジオを聴いたりする 5 新聞を読んだり、読書したりする 6 家族と会話する 7 家事をする 8 散歩する 9 外出する 10 内職・アルバイトをする 11 その他()
●就労について	
1、現在の就労について	1 仕事をしている 2 始める予定(____月から) 3 仕事をしていない
2、上記で仕事をしていると回答した方	仕事開始時期 令和 ____年 ____月頃から 仕事内容 ()
●その他	
1、現在加入している健康保険について	保険者名 () 記号 () 番号 () 1 国民健康保険 2 健康保険組合 (本人 ・ 家族) 3 全国健康保険協会 (本人 ・ 家族) 4 その他 ()
2、障害年金について	1 受給中である。 2 障害年金を請求する予定である 3 現時点では請求の予定は無い 4 その他 ()
3、雇用保険(失業給付)について	1 手続は何もしていない 2 受給している 受給期間 (____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日) 3 申請したが受け取っていない 申請日 (____年 ____月 ____日) 4 療養のため延長申請をしている 申請日 (____年 ____月 ____日)

当健保組合の被保険者でなくなった以降も、引き続き傷病手当金を受給する場合、傷病手当金申請書 1 枚につき「療養・日常生活状況等報告書」（資格喪失者用）も 1 枚ご提出ください。

ご提出後、当健保組合から状況確認の連絡をさせていただきますので、ご了承ください。