

※ 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～ 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。