

療養・日常生活状況等報告書【喪失者用】

◎本報告書は保険給付適正化の観点から、健康保険法第59条及び第121条の規程により行うこととします。

◎今回請求する傷病手当金請求期間において、下記事項に回答し傷病手当金請求書に添付してください(①・②)

◎この報告書は、傷病手当金請求書申請ごとに毎回記入添付していただきます。

◎添付もれ、記入もれ、虚偽申告の場合は傷病手当金は支給出来ません。また支給後に虚偽申告が発覚した場合には、返還していただきます。

①

下記の通り相違ありません

記載日 令和 年 月 日

現住所	〒		
氏 名	㊞	連絡がとれる電話番号	— —

療 養 状 況

1.通院の仕方	ア.徒歩 オ.人に運転してもらって自動車	イ.自転車 カ.その他()	ウ.電車・バス ク.その他()	エ.自分で運転する自動車
2.通院状況	ア.毎日通院 エ.入院	イ.週に()回通院 オ.その他()	ウ.月に()回通院	
3.受診内容	ア.診察のみ イ.投薬のみ	ウ.診察と投薬	エ.その他()	
4.医師から療養について受けている指示(出来るだけ詳しく)				
5.医師から就労について受けている指示		ア.就労してはいけない ウ.何も指示されてない	イ.軽作業なら就労してもよい エ.その他()	
6.医師から指示されている療養見込期間		ア.令和 年 月頃まで	イ.その他()	
7.現在の状態(自覚症状等を詳しく記入ください)				

日 常 生 活 状 況

1.症状の経過	ア.良くなっている エ.少し悪くなっている	イ.少し良くなっている オ.悪くなっている	ウ.変わらない カ.その他()
2.毎日の過ごし方 (複数回答OK)	ア.1日中横になっている エ.散歩する 1日()回()分ほど キ.運動() コ.家族・友人と談話	イ.1日()時間ほど横になる オ.家事などの軽作業はする ク.仕事(アルバイト) サ.その他()	ウ.横になるほどではない カ.読書 ケ.テレビ・ラジオ・スマホ・PCなど
3.処方された薬について	ア.指示どおり服用 エ.飲んでいない	イ.時々飲まないことがある オ.薬は処方されてない	ウ.飲まないことが多い カ.その他()

②に続く

1.現在加入している健康保険は？ (右に記入または写し添付)	名 称		記 号	
	番 号		被保険者名	
2.年金について	ア.現時点での受給はない イ.年金を請求する予定である(年 月 予定)			
	ウ.年金を受給中である(障害年金・老齢年金・共済年金・その他())			
3.失業保険について	ア.手続きは何もしていない → 離職票1・2			写しを添付してください
	イ.申請して受け取っている → 受給者資格者証			
	ウ.申請したが受け取ってない → 受給者資格者証			
	エ.療養のため延期申請している → 延長証明書または受給者資格者証			

今回の傷病手当金の請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
---------------	---

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
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

傷病手当金に係る給付をうけるにあたり、必要があるときは、私の医療保険上の給付区分に関する情報について、福山通運健康保険組合が、認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。			
傷病手当金請求者氏名		_____ (印)	
住所		_____	
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日

- 建保受付印

