

傷病手当金請求に伴う療養状況等の回答書

※①～⑭すべて、該当する項目にチェック(☑)し、必要事項を記入してください。

下記の通り相違ありません。 記入日：令和 年 月 日

① 保険証 記号・番号	記号 16 番号	② 氏名	代筆者		続柄
③ 現在ご加入の 健康保険	☐ 山崎製パン健康保険組合 ☐ ()健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会()支部 ☐ 国民健康保険()市区町村			加入状況 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	
	【山崎製パン健康保険組合以外の健康保険に加入している場合】 傷病手当金請求書に証明した医療機関および調剤薬局の「領収証・明細書(原本)」を添付してください。確認後、お返します。				
④ 今回の請求期間 および診療実日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 のうち、診療実日数				
⑤ ④の診療実日数が0日の場合、 その理由を記入してください。					
⑥ 老齢年金の受給はありますか？ 「はい」の場合、必要書類を添付してください。	☐ はい（下記に記入してください。）		☐ 請求中 ☐ いいえ		
	年金の種類	国民年金・厚生年金	年金額	円	
	基礎年金番号		受給開始年月	平成・令和 年 月	
⑦ 障害年金・障害手当金の受給はありますか？ 「はい」の場合、必要書類を添付してください。	☐ はい（下記に記入してください。）		☐ 請求中 ☐ いいえ		
	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	円	
	基礎年金番号		受給開始年月	平成・令和 年 月	
	障害年金支給事由の傷病名				
必要書類：「年金証書(写)」、「直近の額を証明する書類(写)」 ※左記書類を既に提出済みの場合は提出不要です。					
療 養 状 況 お よ び 日 常 生 活 状 況 に つ い て					
⑧ 病院のかかり方は？	☐ 入院中 ☐ ()日おきに行く ☐ 月に()日行く ☐ その他()				
⑨ 次の受診予定日はいつですか？	☐ 令和 年 月 日頃 ☐ 治療終了				
⑩ 現在のお体の調子について詳しく 記入してください。 ※自覚症状など具体的にご記入ください。					
⑪ 現在の日常生活上の動作 状況について	(1) 日常の生活	☐ 何もしない ☐ 自分の身のまわりだけ ☐ 家の仕事を手伝う ☐ その他()			
	(2) 歩行について	☐ 自分でできる ☐ 杖、車椅子などで自力移動可能 ☐ つかまり歩き、歩行介助が必要 ☐ 歩けない(全介助)			
	(3) ベット・ふとん 中の動作	☐ 正座できる ☐ 座位介助 ☐ 寝返り程度 ☐ 寝返りが出来ない(全介助)			
	(4) 食事について	☐ 箸で自由にできる ☐ スプーンならできる ☐ 手づかみならできる ☐ できない(全介助)			
	(5) 排泄について	☐ ひとりでできる ☐ 介助を要し一般の便器を使用する ☐ ポータブル便器などによる介助 ☐ おむつをしている(全介助)			
	(6) 入浴について	☐ ひとりでできる ☐ 浴室まで介助し自分で洗う ☐ 浴室で洗ってもらう ☐ できない(全介助)			
⑫ 医師から申し渡されている療養見込み期間はいつ頃までですか？	☐ 令和 年 月頃まで ☐ 特に言われていない				
⑬ 現在、仕事(アルバイト等含む)をしていますか？	☐ はい (令和 年 月 日から) ☐ いいえ				
⑭ ⑬で「いいえ」の場合、いつ頃から仕事につくことが出来そうですか？	☐ 令和 年 月頃から ☐ 不明				

※ 取得した個人情報は傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。