

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。

記入日 令和 ○年 ○月 ○日

| | | | | | |
|---|---|---------------------|-------|--|----|
| ① 保険証 記号・番号 | 記号 16 0 1 番号 1 2 3 4 5 6 | ② 氏名 | 健康 太朗 | 代筆者 | 続柄 |
| ③ 現在ご加入の 健康保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 山崎製パン健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険()市区町村 | | | 加入状況 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 請求期間 | 令和 ○○年 ○○月 ○○日～令和 ○○年 ○○月 ○○日 (○○日) | | | | |
| ⑤ 請求期間中に 病院へかかった日数 (診療実日数) | ○○日 | 0日の場合、その理由を記入してください | | | |
| 療養状況および日常生活状況について | | | | | |
| ⑥ 病院のかかり方は? | <input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 1週間に(1)日 <input type="checkbox"/> 1か月に()日 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| ⑦ 病院への交通手段 | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 家族等が運転する車に同乗 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| ⑧ 次の受診予定日はいつですか? | <input checked="" type="checkbox"/> 受診日: ○○月 ○○日頃予定 <input type="checkbox"/> 治療終了: 月 日終了 | | | | |
| ⑨ 薬の服用はしていますか? | <input type="checkbox"/> 薬を服用している <input type="checkbox"/> 薬は服用していない <input checked="" type="checkbox"/> 時々、服用している (理由 痛みがあるときのみ服用) | | | | |
| 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記入してください | 痛みはまだあります 松葉杖で歩くことは可能だが、まだギプスで固定中 | | | | |
| ⑪ 日常生活の状況について ※複数選択可 | <input checked="" 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、時々散歩程度で外出する <input type="checkbox"/> 通院以外は、一日中家の中にいる <input checked="" type="checkbox"/> 身のまわりのことはできるが、一日中家にいる <input type="checkbox"/> 身のまわりのことはかろうじてできるが、ほとんど寝ている <input type="checkbox"/> 身のまわりのことができず、常に他人の介助が必要な状態 | | | | |
| ⑫ 医師から指示されている療養見込み 期間はいつ頃までですか? | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○○年 ○○月 ○○日頃まで <input type="checkbox"/> 特に言われていない | | | | |
| ⑬ 現在、仕事をしていますか? (アルバイト等も含む) | <input type="checkbox"/> はい(令和 年 月 日から) <input checked="" type="checkbox"/> 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? | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○○年 ○○月 ○○日頃から <input type="checkbox"/> 不明 | | | | |
| 雇用保険(失業保険)について ※退職している方のみ回答してください | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 受給していない(手続きしていない) | 離職票1および離職票2を添付 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 療養のため受給延長をしている | 受給期間延長通知書を添付 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申請して受け取っている | 雇用保険受給資格者証の両面を添付 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申請したが受け取っていない | 雇用保険受給資格者証の両面を添付 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 求職申込をした | 求職申込年月日が確認できるものを添付 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 離職票を発行してもらっていない | 発行してもらわなかった理由 () | | | | |
| 添付書類について、毎回必要です。書類の写しを添付して提出してください。 | | | | | |

※ 取得した個人情報(傷病手当金支給審査の目的以外)には利用いたしません。