傷病手当金　療養状況・日常生活状況調査票

今回請求される期間について、できるだけ詳しく書いてください。不明な点がありますと、健保組合から状況をうかがう場合があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 被保険者の | | | | | ②氏　　　　名 | |  | |
| 記号 |  | | 番号 |  | ③生　年　月　日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | |
| ④現　住　所 | |  | | | | | | |
| ⑤あなたの職種 | |  | | | | ⑥具体的な仕事内容 | |  |

※任意継続の方は、⑤ ⑥ 欄は在職時についてご記入ください。

病気・けがの状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑦傷　病　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧病院のかかり方  (○印をしてください) | 1.　入院中 | | | | | 2.　毎日通院 | | | | | | | 3.　週に　　回通院 | | | | | |
| 4.　月に　　　回通院 | | | | | 5.　　　　ヶ月に　　　回通院 | | | | | | | | | | | | |
| 上欄で　5.　と答えた方は医師の指示ですか | | | | | | | | | | | | イ.指示　ロ.その他 | | | | | |
| ⑨医師から療養について、どのような注意、指示を受けていますか |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩現在の体の調子は  (自覚症状を詳しく) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪受診日について  (○印をしてください) | 1.　予約をとって行く | | | | | | | | | | 2.　医師から指示された日に行く | | | | | | | |
| 3.　自分の都合のよい日に行く | | | | | | | | | | 4.　薬がなくなると行く | | | | | | | |
| ⑫診療日  (今回の請求期間のうち診療日に○印をしてください) | 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 |
| 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 |
| ⑬薬は一回に何日分貰っていますか | | | | 1.　　　　日分 | | | | | 2.　　　週間分 | | | | | | 3.　貰っていない | | | |

療養・日常生活の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑭日常生活の状況  (毎日どのようにすごして  いますか) |  | | | | |
| ⑮症状の経過はどうですか  (○印をしてください) | 1.　良くなっている | | | 2.　少し良くなっている | |
| 3.　余り変わらない | | | 4.　少し悪くなっている | |
| 5.　悪くなっている | | | 6.　その他(　　　　　　　　　) | |
| ⑯いつ頃から仕事に就くことができそうですか | 1.　　　年　　月ごろ(　　月　　日より就労(予定)) | | | | |
| 2.　見通しがたたない | | | | |
| ⑰雇用保険(失業給付)の受給の有無 | | 有　・　無 | ⑱障害年金の受給の有無 | | 有　・　無 |

|  |
| --- |
| 誓　　約　　書 |
| 私は貴組合に対し傷病手当金を請求中ですが、上記内容に虚偽の記載がないことを誓約いたします。  虚偽記載があった場合には、過去に遡って、支給された給付金を返納いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  　　オエノンホールディングス健康保険組合　理事長　殿  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |