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 |