療養・日常生活状況　報告書

今回請求する傷病手当金申請期間において、下記事項に回答してください。
この報告書は、会社退職後2カ月を超えた申請期間分から、毎回添付いただきます。（必須）
添付漏れ・記入漏れ・虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。漏れのないよう記入してください。

（第　　回目）

退職後に加入している健康保険の「名称」と「保険者番号」および、「記号」と「番号」 ※治療状況を加入保険者へ照会する際に必要です。	名称			
	保険者番号			
	記号		番号	
	（　　）被保険者（本人・世帯主）として加入 （　　）被扶養者（家族）として加入			
今回の傷病手当金申請期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日			
申請期間の内、当傷病で医療機関へ通院（入院）した日を〇で囲んでください。 ※カレンダーが足りない場合は続紙を貼付してください。	対象月	カレンダー		
	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		
申請期間中に就労することについて、医師から指示された事項	□絶対就労してはいけない □軽作業なら就労してよい □何も指示されていない □その他（　　）			
治療内容について	□注射・・・受診毎・（　　）日に1回 □投薬・・・1回の受診で（　　）日分処方 朝（　　）種類・昼（　　）種類・夜（　　）種類服用 （朝・投薬名：　　） （昼・投薬名：　　） （夜：投薬名：　　） ※調剤薬局でお薬をもらわれている場合、傷病手当金申請月分の「処方薬剤説明書（明細書）のコピーを添付いただければ投薬の記載は省略可能です。 □検査（内容：　　） □処置（内容：　　） □レントゲン（部位：　　）			
服薬について	□指示どおり服用　　□時々飲まないことがある □飲まないことが多い　　□飲んでいない □その他（　　）			
調剤薬局でお薬をもらわれた場合、その調剤薬局の名称	所在地： 名　称： ※「処方薬剤説明書（明細書）」のコピー添付の場合は、上記の記載は省略可能です。（ただし、コピーに上記内容の記載があること）			

日常生活について ※複数回答可	□１日中横になっている □１日のうち、（　　）時間くらい横になっている □寝ていなければならないほどではない □ テレビを観たり、ラジオを聴いたりしている □新聞を読んだり、読書をしたりしている □友人のところ、ショッピング、スポーツジム、図書館等にいく □近場に出て、散歩したりする □家族と談話する □その他（　　）
前回の申請時と比べた症状の経過	□よくなっている　　□少しよくなっている □あまり変わらない　　□少し悪くなっている □悪くなっている □その他（　　）
体調がよくなれば就労する意思がありますか	□ある □ない
退職後、ハローワークへ求職の申し込みをし、既に、失業給付を受給していますか	□していない □している　→　（令和　　年　　月頃から）
ハローワークへは、傷病による失業給付受給延長の申請をしていますか	□していない □している　→　（令和　　年　　月　　日から）
現在、アルバイト等、軽い就労をしていますか	□していない □している →①就労開始　：（令和　　年　　月　　日から） ②就労の内容：（　　） ③就労時間　：１日（　　）時間を週（　　）日
今後、就労することが決定していますか	□していない □している　→　（令和　　年　　月　　日から）

ヒロセ電機健康保険組合　理事長　殿
上記の通り回答いたします。
令和　　年　　月　　日　　〒　　－

住　　所：

携帯電話番号：

氏　　名：