

傷病手当金 療養・日常生活状況報告書(※毎回提出)

この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしています。
 退職日以降も傷病手当金を請求される場合は傷病手当金請求書に必ず毎回添付のうえ提出してください。
 ・ 今回の請求期間において全ての事項に漏れなくご記入ください。
 ・ 添付、記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。
 ・ 支給決定にあたって、医療機関・医療保険者へ照会確認させていただく場合があります。

記入日・氏名をご記入ください。

下記の **現在ご加入の健康保険の名称・保険者番号・記号・番号** **2026年8月10日** 氏名：**健保 太郎**
 該当の **事項**を記入してください。

退職後に加入している健康保険の名称・保険者番号・記号・番号 ※治療状況を加入保険者へ確認する際に必要です	名称 〇〇〇国民健康保険	保険者番号 12345678
	記号 11	番号 9999
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人・世帯主)として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)として加入	
受診状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 1カ月に 2 回 <input type="checkbox"/> 1週間に 回 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受診していない(理由:)	
治療内容について	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 投薬のみ <input checked="" type="checkbox"/> 診察と投薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
医師から受けた療養上の指導について	1. 安静について <input type="checkbox"/> 1日中安静にするよう指示されている <input checked="" type="checkbox"/> 適度に安静にするよう指示されている <input type="checkbox"/> 特に指示はなかった 2. その他医師から受けた療養上の指導をご記入ください (服薬を続けるとともに、少しずつ外出などを行うよう言われている。)	
症状の経過について	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input checked="" type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他 ()	
自覚症状について	※ご自身の症状をできるだけ具体的にご記入ください 最近は少し眠れるようになり、食欲不振も改善してきたが、まだ疲れやすい。家事など身の回りのことはできるようになった。調子が悪いと、不安な気分になるときもある。	
日常生活について	<input checked="" type="checkbox"/> 軽い仕事・アルバイトをしている(仕事内容: シール・ラベル貼り) <input type="checkbox"/> ほとんど家にいるが、ときどき散歩程度外出する <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが、1日中家にいる <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> その他 ()	
就労についての医師からの指示	<input type="checkbox"/> 継続して就労は無理である <input checked="" type="checkbox"/> 症状は改善しているが、しばらく就労できない (2026年9月頃 から就労可能) <input type="checkbox"/> 現時点で就労可能 (<input type="checkbox"/> 軽作業なら就労可能 <input type="checkbox"/> 短時間なら就労可能 <input type="checkbox"/> 就労に問題はない)	
雇用保険(失業給付)について	<input checked="" type="checkbox"/> 受給手続き中である【※1】 <input type="checkbox"/> 給付を受けた(年 月 日 ~) <input type="checkbox"/> 受給手続きを行っていない <input type="checkbox"/> 受給延長の手続きをした(年 月 日まで延長)【※2】	

現在の受診状況、治療内容、医師から受けた療養上の指導について記入してください。

症状の経過、自覚症状、日常生活について、記入してください。

就労についての医師からの指示について記入してください。

雇用保険について記入してください。

【※1】 受給手続き中あるいは給付を受けた場合は、**雇用保険受給資格者証(両面)**の写しを添付してください。
 【※2】 受給延長の手続きをされた場合は、**受給期間延長通知書**の写しを添付してください。

(裏面ご確認ください)

《健康保険法》

第59条（文書の提出等） 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第120条 保険者は、偽りその他不正行為により保険給付を受け、又は受けようとした者に対して、6月以内の期間を定め、その者に支給すべき傷病手当金又は出産手当金の全部又は一部を支給しない旨の決定をすることができる。ただし、偽りその他不正の行為があった日から一年を経過したときは、この限りではない。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。