

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、組合からうかがう場合があります。)

① 被 保 険 者 証 の		②氏 名	印
記号	番号	③生年月日	昭・平 年 月 日
④現 住 所			
⑤あなたの職種		⑥具体的な仕事内容	

病気・けがの状況

⑦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																
⑧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																	
⑨現在の体の調子は (自覚症状を詳しく)																	
⑩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																
⑪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															
⑫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

⑬日常生活の状況 (毎日どのように過ごしていますか)			
⑭何か体を動かす ことをしていますか	1. 全くしていない 2. 近所を散歩する程度 3. ジョギングなどの軽い運動 4. スポーツジムや習い事を始めた		
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いつ頃から仕事につく 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

※任意継続の方は⑤、⑥欄には在職されていた時についてご記入ください。