

## 療養・日常生活状況等報告書

退職後に傷病手当金を請求する際は、傷病手当金請求書にこの報告書を添付して提出してください。

**虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できませんのでご注意ください。**

以下の設問に記入及び該当する項目の□に✓を入れてください。

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今回の請求期間                           | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 受診状況                              | <input type="checkbox"/> 1か月に( )回通院 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                       |
| 受診日について                           | <input type="checkbox"/> 自分で判断して行く<br><input type="checkbox"/> 医師に指示された日に行く<br><input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                     |
| 受診内容                              | <input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 投薬のみ <input type="checkbox"/> 診察と投薬 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                |
| 服薬について<br>(投薬されているとき)             | <input type="checkbox"/> 1. 指示通りに服薬<br><input type="checkbox"/> 2. とくどき飲まないときがある<br><input type="checkbox"/> 3. 飲んでいない<br><input type="checkbox"/> 4. その他( )<br>※2または3のときはその理由( )                                                                                                                         |
| 療養について医師から<br>どのような指示を受けて<br>いますか |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 日常生活について<br>(複数回答可)               | <input type="checkbox"/> 1日中横になっている<br><input type="checkbox"/> 1日のうち( )時間くらい横になっている<br><input type="checkbox"/> 横になるほどの状態ではない<br><input type="checkbox"/> 散歩する *1日( )分くらい<br><input type="checkbox"/> 家族や友人と会話する *1日( )分くらい<br><input type="checkbox"/> アルバイト・内職をしている<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 就労について                            | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労している<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃から就労可能<br><input type="checkbox"/> 見通しは立っていない<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                           |
| 年金や雇用保険(失業<br>給付)の受給について          | <input type="checkbox"/> 年金を受給している (年金の種類: )<br><input type="checkbox"/> 失業給付を受給している<br><input type="checkbox"/> 何も受給していない<br><b>※年金または失業給付は、傷病手当金と同時に受給することはできません。</b>                                                                                                                                   |

上記のとおり回答します。また、傷病に関する情報について関係機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

TEL

— —

※代筆の場合 代筆者名

続柄( )