

療養状況・日常生活状況報告書(退職者用)※毎回添付

※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おります。

・今回請求する傷病手当金請求期間において下記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。

記入日: 年 月 日	氏名:	在職時の健康保険証 記号番号	—
今回の傷病手当金請求期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の傷病手当金請求期間における状況を必ず記入(□印に✓を入れて、必要事項は記入)してください。			
①受診状況	<input type="checkbox"/> 一か月に 回 <input type="checkbox"/> 一週間に 回 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 受診していない(理由:)		
②受診日の決め方	<input type="checkbox"/> 自分で判断している <input type="checkbox"/> 主治医の指示通り <input type="checkbox"/> その他()		
③受診と治療の内容	<input type="checkbox"/> 受診のみ <input type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 服薬のみ <input type="checkbox"/> その他(受診とリハビリと服薬)		
	<u>1.どのような治療を受けましたか</u> <input type="checkbox"/> 検査(内容:) <input type="checkbox"/> 処置(内容:) <input type="checkbox"/> レントゲン(内容:) <u>2.薬を処方されている場合、医師の指示通り服用していますか?</u> <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 時々服用している(理由:) <input type="checkbox"/> 服用していない(理由:) <u>3.薬を処方されている場合、一か月に何の薬をどれくらい処方されているか、服用に際しどのような指示を受けているか具体的に記入してください。</u> (調剤薬局で薬を処方されている場合、傷病手当金請求月分の「処方薬剤明細書(説明書)」のコピーを添付していただきますとこの記載は省略できます) 一回の受診で(日)分処方されている。 <input type="checkbox"/> 処方薬品名 (朝:) (昼:) (夜:) 備考: <input type="checkbox"/> 処方された調剤薬局 名称() 所在地()		
④療養上の医師からの指導について	<u>1.安静について</u> <input type="checkbox"/> 一日中安静にしているよう指示されている <input type="checkbox"/> 適度に安静にするように指示されている <input type="checkbox"/> その他() <u>2.食事療法について</u> <input type="checkbox"/> 受けている(指導内容:) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> その他() <u>3.運動について</u> <input type="checkbox"/> 運動は禁止されている <input type="checkbox"/> 軽い運動を勧められている <input type="checkbox"/> その他() <u>4.その他医師から療養上指導を受けていることを記入ください</u> ()		

