

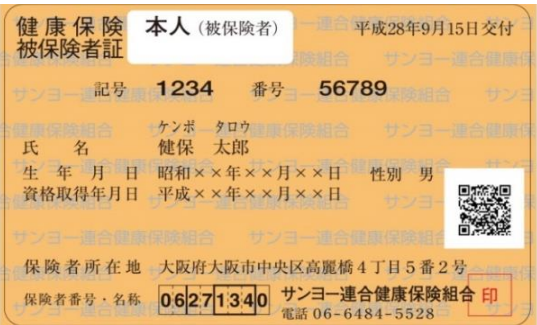
## 療養状況・日常生活状況報告書(退職者用)※毎回添付

※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: 2年 12月 15日	氏名: サンヨー 三郎	在職時の健康保険証 記号番号	7777 - 12345
今回の傷病手当金請求期間: 令和2年 11月 1日 ~ 令和2年 11月 30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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(受診とリハビリと服薬)		
	1.どのような治療を受けましたか <input checked="" type="checkbox"/> 検査(内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 処置(内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> レントゲン(内容: ) 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? <input checked="" 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: ) 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。 (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) <input checked="" type="checkbox"/> 一回の受診で( 10 日)分処方されている。 ■処方薬品名 (朝:ロキソプロフェン錠60mg、セルベックスカプセル50mg、シスダイン錠500mg ) (昼:セルベックスカプセル50mg、シスダイン錠500mg ) (夜:セルベックスカプセル50mg、シスダイン錠500mg ) [ その他:痛みがある時にロキソプロフェン錠、薬で胃が荒れているのでセルベックス、 鼻づまりにシスダインが処方されました。 ] ■処方された調剤薬局 名称( 大阪調剤薬局 ) 所在地( 大阪市中央区高麗橋1-1-1 )		
④療養上の医師からの 指導について	1.安静について <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指示されている <input checked="" type="checkbox"/> その他( リハビリと体操をするとき以外は安静にするよう指示されています。 ) 2.食事療法について <input type="checkbox"/> 受けている(指導内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> その他( ) 3.運動について <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 checked="" type="checkbox"/> その他(運動は禁止されているが、リハビリと筋肉が固まらないよう医師指定の体操を毎日行っている。 ) 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 ( リハビリのために指定された体操を一日3回、決められた時間に行っています。 )		

<p>⑤就労について (アルバイト・パート含む)</p>	<p>1.就労について医師からどのように指導されていますか？  <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、しばらく就労はできない( 令和3 年 2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 )  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>2.現在の就労状況について  <input type="checkbox"/> 現在就労している  <input type="checkbox"/> 今後就労することが決定している( 年 月 日より勤務予定)  <input type="checkbox"/> 就労の予定はない  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 歩行が可能になったら求職活動を行う予定です。 )</p>
<p>⑥自覚症状について</p>	<p>※ご自身の症状をできるだけ具体的に記入ください</p> <p>骨折した足は動かすとまだまだ委託、歩行は不可能で、石にも安静を指示されていますが、手術してから一カ月経過したため日ごとに痛みは和らいでいるように感じます。痛み止めの服用が以前より感覚が空いてきています。歩けるようになるために、週に一度の通院時と、自宅で毎日石から指示されたリハビリをしています。</p>
<p>⑦日常生活の状況について</p>	<p><input type="checkbox"/> 仕事・アルバイトをしている  <input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができる  <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一日中家にいる  <input type="checkbox"/> 身の回りのことはかろうじてできるがほとんど寝ている  <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできず介助が必要な状態  <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 体操、リハビリの通院以外は安静にしている。 )</p>
<p>⑧雇用保険(失業給付)について</p>	<p><input type="checkbox"/> 受給手続き中である  <input type="checkbox"/> 給付を受けた ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )  <input type="checkbox"/> 給付の申請を行っていない  <input checked="" type="checkbox"/> 受給延長の手続きをした ( 令和3年 2月 28日まで延長 )  → 受給延長した場合は、給付延長通知書のコピーを添付してください。  ※必ず雇用保険被保険者離職票1、2のコピーを添付してください</p>
<p>⑨年金について</p>	<p>1.障害年金  <input type="checkbox"/> 受給中である → 必ず年金証書のコピーを添付してください  <input type="checkbox"/> 請求中である  <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない</p> <p>2.老齢年金  <input type="checkbox"/> 受給中である → 必ず年金証書のコピーを添付してください  <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p>⑩現在加入している健康保険</p>	<p>※現在加入している健康保険証のコピーを貼付または添付してください。</p> 

サンヨー連合健康保険組合理事長殿  
本報告書の記載内容に相違ありません。

令和 2 年 12 月 15 日

住 所: 大阪市中央区高麗橋1-2-3-△△△  
電話番号: 06-△△△△-△△△△  
氏 名: サンヨー三郎