

退職後の傷病手当金請求に伴う療養状況等について

内容についてお伺いする場合がありますので、正確にご記入ください。

在職時の被保険者 等記号・番号	〇〇〇 - 12345	氏名: 積水 太郎	<記入日> 令和 〇〇年 7月 16日
今回の傷病手当金請求期間 : 令和 〇〇年 6月11日 ~ 令和 〇〇年 7月10日まで			
※上記傷病手当金請求期間について、該当する項目に○もしくは記入のうえご提出してください。(複数回答可)			
受診状況について	1. 受診状況 A. 毎日受診している <input checked="" type="radio"/> B. 月に 2 日受診している C. 受診していない(理由: ()) D. その他 ()) 2. 受診の日程、回数 <input checked="" type="radio"/> A. 主治医の指示通り B. 症状に応じて自分で判断 3. 受診したときの治療内容 <input checked="" type="radio"/> A. 療養上の指導と投薬 B. 療養上の指導のみ C. 療養上の指導の他、機能訓練等をした D. その他 ()) 4. 医師の指示通り薬を服用していますか <input checked="" type="radio"/> A. 服用している B. 時々服用している(理由: ()) C. 服用していない(理由: ()) D. 薬の処方はされていない ())	日常生活の状況について	1. 安静時間 <input checked="" type="radio"/> A. 1日中安静にしている B. 1日 時間ぐらい安静にしている C. 特別安静にはしていない D. その他 ()) 2. どのように過ごしていますか <input checked="" type="radio"/> A. 1日中横になっている B. 1日 時間ぐらい横になっている C. 起床してテレビを観たり音楽を聴いている D. 時々外出(散歩等含む)したりしている E. 仕事(軽度)をしている F. その他 ())
	療養と就労	A. 受診しながら仕事を探している B. 受診しながら仕事をしている C. 受診しながら軽度な仕事をしている <input checked="" type="radio"/> D. 療養のため就労に就くことができない E. その他 ())	雇用保険の失業給付について
医師から療養上の指導について	1. 安静について <input checked="" type="radio"/> A. 1日中安静にしていること B. 適度に安静にすること C. その他 ()) 2. 食事療法について A. 受けている <input checked="" type="radio"/> B. 受けていない 3. 運動について <input checked="" type="radio"/> A. 運動は禁止されている B. 軽い運動をすすめられている C. その他 ()) 4. その他医師から指導されていること ())	健康保険資格情報	請求期間中の加入医療保険の資格情報(下記に記入または資格情報のお知らせ(写)*か資格確認書(写)を添付) *マイナンバー(下4桁)の記載がある場合は消してください 記号(〇〇〇) 番号(〇〇〇) 枝番(〇〇) 資格取得年月日 (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日) 種別 (<input checked="" type="radio"/> 本人・家族) 保険者名(該当の()に名称を記入) ・()健康保険組合 ・協会けんぽ ()支部 ・(〇〇市)国民健康保険 ・()共済組合
就労について	1. 医師からどのように聞いていますか <input checked="" type="radio"/> A. 継続して治療が必要で就労は無理である B. 症状は軽快しているがもう暫く様子を見る C. 令和 年 月 日より就労可能である D. その他 ())	健康保険資格情報	保険者名は正式名称を記入してください。 ・()健康保険組合 ・協会けんぽ ()支部 ・(〇〇市)国民健康保険 ・()共済組合
自覚症状	(必ずご記入ください) 体調の良い時と悪い時の差が大きく、まだ就労するには不安があります。 できるだけ、規則正しい生活を心掛け、職に就けるようにしたいと考えています。	上記の健康保険組合等にセキスイ健康保険組合から加入状況等について照会することに同意します。 署名 積水 太郎	

署名してください。