

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	-	氏名:	<記入日> 令和 年 月 日
今回の傷病手当金請求期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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 B. 月に 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 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 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 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. 薬の処方されていない	日常生活の状況について	1. 安静時間 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 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 D. 療養のため就労に就くことができない E. その他 ( )	
医師から療養上の指導について	1. 安静について 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 B. 受けていない 3. 運動について 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 ( )	雇用保険の失業給付について	1. 雇用保険の給付について A. 受給手続中 B. 給付を受けた (令和 年 月 日~令和 年 月 日) C. 給付の申請は行っていない D. 受給期間延長の申請をした (令和 年 月 日~令和 年 月 日) 2. 雇用保険の傷病手当給付について A. 受給手続中 B. 給付を受けた (令和 年 月 日~令和 年 月 日) C. 給付の申請は行っていない
就労について	1. 医師からどのように聞いていますか 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	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( )番号( )枝番( ) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) 種別 (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 ・( )国民健康保険 ・( )共済組合
自覚症状	(必ずご記入ください)	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 _____	