

## 療養・日常生活状況報告書 ～被保険者の方へ～

ベネッセグループ 健康保険組合

在職中、1年以上継続して健康保険の被保険者期間（任意継続被保険者期間は除く）がある方が退職する際、退職日において傷病手当金を受けられる状態にあるときは、退職後も引き続き、同様（同傷病）の給付を受けることができます。

ただし、退職後2カ月経過後の申請から、毎回「療養・日常生活状況報告書」の記載・添付が義務付けられます。

（退職後は会社・団体の管理下を離れますので、事業主証明・医療機関での診療内容が確認できないため）

なお、初回のみ、「同意書」の記載・添付が必要です。（医療機関等へ照会させていただく場合があるため）

該当の方には、健保組合からご案内します。

記載・添付がない場合には、傷病手当金は支給できませんのでご了承ください。

### 【ご案内】

該当の方へは、健保組合から支給決定通知書送付の際、必要書類を同封いたします。

足りない場合は、こちらのホームページからダウンロードしてご使用いただけます。

### 【提出先】

傷病手当金申請書に添付し、直接、ベネッセグループ健康保険組合へ提出。

### 【留意点】

- 「療養・日常生活状況報告書」はもれなく記載ください。
- 現在加入している健康保険（国民健康保険）の情報は、現在の治療状況を医療保険者へ照会させていただく際に必要です。
- お薬をもらわれている場合は、請求期間の「調剤明細書・薬剤情報提供書の写し（いずれもない場合は薬袋の写し）」を必ず添付してください。
- 添付もれ、記入もれ、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。
- 初回に提出いただいた「同意書」により、支給決定にあたって、医療機関（医師）・医療保険者・ハローワークへ照会確認させていただくこともあります。

### 【その他】

- 「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。  
健保組合ではコピーをとることができません。
- 健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。



<p>日常生活について (該当番号に○・複数回答可)</p>	<p>1. 1日中横になっている。 2. 1日のうち、( )時間くらい横になっている。 3. 寝ていなければならないほどではない。 4. テレビをみたり、ラジオを聴いたりしている。 5. 新聞を読んだり、読書をしたりしている。 6. 友人のところ、ショッピング、スポーツジム等に行く。 7. 近場に出て、散歩をしたりする 8. 家族と談話する 9. その他 ( )</p>
<p>症状の経過 (該当番号に○)</p>	<p>1. よくなっている。                      2. 少しよくなっている。 3. あまり変わらない。                  4. 少し悪くなっている。 5. 悪くなっている。 6. その他 ( )</p>
<p>身体が良くなれば就労する意 思がありますか。</p>	<p>有                      ・                      無</p>
<p>退職後、ハローワークへ求職の 申し込みをしている。 または、既に、失業給付を受給 している。</p>	<p>している                      ・                      していない  「している」に○の場合はいつからですか。                      年                      月                      日                      ころから</p>
<p>ハローワークへは、傷病による 失業給付受給延長の申請をし ている。</p>	<p>している                      ・                      していない</p>
<p>現在、アルバイト等、軽い就労 をしている。</p>	<p>している                      ・                      していない  「している」に○の場合はいつからですか。                      年                      月                      日から</p>
<p>今後、就労することが決定して いる。</p>	<p>している                      ・                      していない  「している」に○の場合はいつからですか。                      年                      月                      日から</p>

ベネッセグループ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり回答いたします。

年                      月                      日

〒                      ー

住                      所                      :

電                      話                      番                      号                      :

氏                      名                      :