

療養・日常生活状況 報告書

今回請求する傷病手当金請求期間において、下記事項に回答してください。

この報告書は、会社退職後2ヶ月を超えた請求期間分から、毎回添付いただきます。(必須)

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。 もれのないよう、ご記入ください。

(第 回目)

<p><u>退職後に加入している健康保険の「名称」・「保険者番号」および、「記号」・「番号」</u> ※治療状況を加入保険者へ照会する際に必要です。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">名称</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 45%;">保険者番号</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 被保険者(本人・世帯主)として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)として加入 </td> </tr> </table>	名称		保険者番号		記号		番号		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人・世帯主)として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)として加入			
	名称		保険者番号										
	記号		番号										
<input type="checkbox"/> 被保険者(本人・世帯主)として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)として加入													
<p><u>今回の傷病手当金請求期間</u></p>	年 月 日 ~ 年 月 日												
<p>請求期間の内、当傷病で医療機関へ通院(入院)した日を○で囲んでください。 ※カレンダーが足りない場合は、続紙を貼付してください。</p>	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">対象月</td> <td style="width: 85%;">カレンダー</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">年 月</td> <td style="width: 85%; text-align: center;"> 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 </td> </tr> <tr> <td style="width: 85%; text-align: center;"> 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 </td> </tr> </table>	対象月	カレンダー	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31							
対象月	カレンダー												
年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31												
	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15 16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31												
<p>就労することについて、医師から指示された事項 (該当番号に○)</p>	1. 絶対就労してはいけない 2. 軽作業なら就労してよい 3. 何も指示されていない 4. その他()												
<p>療養するうえで、医師から日常生活上、指示されている事項</p>	(具体的に記入)												
<p>治療内容について 該当番号に○を入れ、() 内に必要内容を記入。</p>	1. 注射・・・受診毎・() 日に1回 2. 投薬・・・あり・なし 「あり」の場合は1回の受診で() 日分処方 <p style="margin-left: 20px;">※お薬をもらわれている場合、上記傷病手当金請求期間の、「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</p> 3. 検査(内容:) 4. 処置(内容:) 5. レントゲン(部位:)												
<p>服薬について (該当番号に○)</p>	1. 指示どおり服用 2. 時々飲まないことがある 3. 飲まないことが多い 4. 飲んでいない 5. その他()												

日常生活について (該当番号に○・複数回答可)	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ぬほどではない。 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、スポーツジム等にいく。 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 ())
症状の経過 (該当番号に○)	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 ()
身体が良くなれば就労する 意思がありますか。	有 • 無
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。	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 ごろから
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。	している • していない
現在、アルバイト等、軽い就 労をしている。	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
今後、就労することが決定し ている。	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

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

〒 —

住 所 :

電話番号 :

氏 名 :