傷病手当金状況説明書（在職者）

下記回答欄に記入してください。

※添付もれ、記入もれ、虚偽申告をされた場合傷病手当金は支給できません。

氏名・生年月日	健保　太郎　㊞	S○○ 年 ○ 月 ○ 日生
記号・番号	記号　0	番号　1234
休業前の業務の内容（具体的に）	営業、事務など	
傷病手当金請求期間	R○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ R○ 年 ○ 月 ○○ 日	
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。	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
	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
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○をしてください	(1). 絶対就労してはいけない　2．軽作業なら就労してもよい 3．何も指示されていない 4．その他（　　）	
治療内容について あてはまる番号に○をいれ、（ ）内に必要内容を記入してください	1．注射　受診毎　・（　）日に１回 (2). 投薬　１回の受診で（ ○○ ）日分処方 朝（ ○ ）種類・昼（ ○ ）種類・夜（ ○ ）種類　服用 （朝：投薬名：　○○○○○　） （昼：投薬名：　○○○○○　） （夜：投薬名：　○○○○○　） ※調剤薬局の「処方薬剤説明書（明細書）」のコピーを添付いただく場合は記入する必要はありません。 3．検査（内容：　） 4．処置（内容：　） 5．レントゲン（部位：　） 6．その他 ［　　］	

服薬について 該当番号に○をして下さい	1．指示通りに服用している　　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（　　） ※医師からの投薬指示はあるが、調剤薬局で受け取っていない場合は、医師からの処方箋のコピーを添付して下さい。
お薬をもらわれた場合、 その調剤薬局の	名　称　　**○○○○薬局** ※所在地、名称等の明記された「処方薬剤説明書(明細書)のコピーを添付して頂いている場合は、記入する必要はありません。
日常生活について 該当番号に○をして下さい ※複数可	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ないほどではない 4．テレビを見たり、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、ショッピング等に行くこともある 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○をして下さい	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（　　）
障害厚生（基礎）年金、又は障害手当金を受給していますか	はい　・　いいえ ●「はい」と答えた方は、**「年金振込通知書」**の写しを添付してください。

阪和興業健康保険組合理事長　殿

上記のとおり、相違ありません。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

住所：　**○○県○○市○○町 1-2-3-101**

氏名：　**健保　太郎**　　健保印