傷病手当金請求に伴う状況報告書（初回添付）

この書類は、傷病手当金の支給審査のための資料の一部となりますので、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。

申請者	事業所	記号番号　　－	
	氏名	生年月日　　年　　月　　日	
休業前の業務の内容 （具体的に）			
休み始めた日(有給含)	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 該当番号に○をしてください	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	日間
就労への医師からの指示 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下さい	１．投薬　※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。 （投薬名：　　） ２．　検査･処置（内容：　　） ３．カウセリング　　･30 分未満　･30 分以上		
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 ※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日のうち、ほとんど横になっている ２．寝ていなければならないほどではない ３．テレビやラジオの視聴、新聞や本を読んだりしている ４．友人宅や、ショッピング等に行くこともある ５．近場に出て、散歩をしたりする ６．その他（　　）		

同意書 兼 承諾書

私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定が行われるにあたり、阪和興業健康保険組合が関係機関(注)の保有する私の療養の給付記録、診療履歴、診療報酬明細書、診断書等の閲覧または複写を行わせることに同意します。(注)本同意書において「関係機関」とは、受診した医療機関、産業医、現在及びかつての勤務先保険者(健保組合･協会けんぽ･国保等)、弁護士、健保連等を言う。

なお、傷病手当金とは、病気や怪我のため労務不能となり、給与が支給されなくなった場合に生活の安定を図るための制度ですが、そのためには会社を休み治療に専念することで、早期に回復することが前提であることを私は認識します。

したがって、その前提に違背するような不適切な行為(医療機関の指示に従わず、治療や投薬を受けないような不作為を含む)や虚偽の報告等が存在すると阪和興業健康保険組合が判断された場合には、傷病手当金が不支給とされても異議を申し立てません。

年　　月　　日

住所

氏名　　印