

傷病手当金状況説明書（退職後）

退職後の期間について傷病手当金を請求される方は、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。

現在加入している健康保険の名称・保険者番号、及び保険証の記号・番号を記入してください。 ※治療状況を加入している保険者に照会するのに必要です。	名 称		保険者番号	
	記 号		番 号	
※該当に○をしてください () 被保険者（本人・世帯主）として加入 () 被扶養者（家族）として加入				
傷病手当金の請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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 該当番号に○をいれ、()内に必要内容を記入して下さい	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：) 4. 処置（内：) 5. レントゲン（部：)			
服薬について 該当番号に○をしてください	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 ()			
お薬をもらった場合、その調剤薬局の名称	所在地 TEL. 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いただいている場合は、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○をしてください 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ぬほどではない 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○をしてください	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（ ）
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 の申込みをしている。又は既 に失業給付を受給している	はい ・ いいえ
ハローワークへ傷病による失 業給付受給延長の申請を している	はい ・ いいえ ●「はい」と答えた方は、「離職票」と「雇用保険受給期間延長通知書」の写しを添付してください。 ●「いいえ」と答えた方は、「離職票」の写しを添付してください。
現在、アルバイト等軽い就 労をしている	している（就労日 ） ・ していない
今後、就労することが決定 している	している（就職開始日 ） ・ していない
障害厚生(基礎)年金等の 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：

氏名：

印