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			₽		年	月	日生
記号•番号	記号			番号			
休業前の業務の内容 (具体的に)							
傷病手当金請求期間		年 月	日 ~	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	1.25.26.2	27 • 28	8 • 29 • 3	0.31
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()種类	頁 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					`	
	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					
	※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。					
	1.1日中横になっている					
日常生活について 該当番号に○をして下さい ※複数可	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	はい ・ いいえ					
は障害手当金を受給していま すか	●「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。

住所:

氏名: ⑩