

傷病手当金請求に伴う療養状況等の回答書

※①～⑭すべて、該当する項目にチェック(☑)し、必要事項を記入してください。

		記入日		令和	年	月	日
① 保険証 記号・番号	記号 16 番号	② 氏名			代筆者		続柄
③ 現在ご加入の 健康保険	☐ 山崎製パン健康保険組合 ☐ ()健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会()支部 ☐ 国民健康保険()市区町村					加入状況 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	
	▶【山崎製パン健康保険組合以外の健康保険に加入している場合】 傷病手当金請求書に証明した医療機関および調剤薬局の「領収証・明細書(原本)」を添付してください。確認後、お返します。						
④ 請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)						
⑤ 請求期間中に 病院へかかった日数 (診療実日数)	日	0日の場合、その理由を記入してください					
療 養 状 況 お よ び 日 常 生 活 状 況 に つ い て							
⑥ 病院のかかり方は？	☐ 入院中 ☐ 1週間に()日 ☐ 1カ月に()日 ☐ 治療終了 ☐ その他()						
⑦ 病院への交通手段	☐ 徒歩 ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自転車 ☐ タクシー ☐ 家族等が運転する車に同乗 ☐ その他()						
⑧ 次の受診予定日はいつですか？	☐ 受診日： 月 日頃予定 ☐ 治療終了： 月 日終了						
⑨ 薬の服用はしていますか？	☐ 薬を服用している ☐ 薬は服用していない ☐ 時々、服用している (理由)						
⑩ 現在のお体の調子について詳しく 記入してください ※自覚症状など具体的に記入してください							
⑪ 日常生活の状況について ※複数選択可	☐ 普通の日常生活ができる ☐ ほとんど家にいるが、時々散歩程度で外出する ☐ 通院以外は、一日中家の中にいる ☐ 身のまわりのことはできるが、一日中家にいる ☐ 身のまわりのことはかろうじてできるが、ほとんど寝ている ☐ 身のまわりのことができず、常に他人の介助が必要な状態						
⑫ 医師から指示されている療養見込み 期間はいつ頃までですか？	☐ 令和 年 月 日頃まで ☐ 特に言われていない						
⑬ 現在、仕事をしていますか？ (アルバイト等も含む)	☐ はい(令和 年 月 日から) ☐ いいえ						
⑭ ⑬で「いいえ」の場合、いつ頃から 仕事につくことが出来そうですか？	☐ 令和 年 月 日頃から ☐ 不明						
雇 用 保 険 (失 業 保 険) に つ い て ※退職している方のみ回答してください							
☐ 受給していない(手続きしていない)		離職票1および離職票2を添付					
☐ 療養のため受給延長をしている		受給期間延長通知書を添付					
☐ 申請して受け取っている		雇用保険受給資格者証の両面を添付					
☐ 申請したが受け取っていない		雇用保険受給資格者証の両面を添付					
☐ 求職申込をした		求職申込年月日が確認できるものを添付					
☐ 離職票を発行してもらっていない		発行してもらわなかった理由 ()					
添付書類について、毎回必要です。書類の写しを添付して提出してください。							

※ 取得した個人情報 は傷病手当金支給審査の目的以外には利用いたしません。