

療養状況・日常生活状況申立書【退職者用】 ※毎回添付

今回の傷病手当金請求期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

記入日： 年 月 日	氏 名：	在職時の被保険者等 記号・番号	—
現在、加入中の健康保険組合 名称：		該当する方に○をつけてください。 被保険者 ・ 被扶養者	
今回の傷病手当金請求された期間における状況をくわしく記入してください。 提出前に添付・記入漏れがないようにお願いします。			
医師のかかり方 該当するものにチェックをつ けて、必要事項は記入してく ださい。	1. 医療機関名 () ☐ 毎日受診している ☐ () 日おきに受診している ☐ 1ヶ月に() 回受診している ☐ () ヶ月おきに() 回受診している ☐ 受診していない		
	2. 医療機関名 () ☐ 毎日受診している ☐ () 日おきに受診している ☐ 1ヶ月に() 回受診している ☐ () ヶ月おきに() 回受診している ☐ 受診していない		
受診日の決め方	☐ 自分で判断している ☐ 薬がなくなったら行く ☐ 主治医の指示通り ☐ その他 ()		
受診と治療の内容 ※薬を処方されている場合、 傷病手当金請求月に処方され た薬の「処方薬剤明細書（説 明書）」または「お薬手帳」 のコピーを必ず添付してくだ さい。	☐ 注射 受診毎 ・ () 日に1回 ☐ 投薬 ☐ 検査(内容：) ☐ 処置(内容：) ☐ レントゲン(部位：) ☐ カウンセリング 30分未満 ・ 30分以上 ☐ リワーク・復職プログラム ☐ その他 ()		
服薬について	☐ 指示通り服用している ☐ 時々服用している (理由：) ☐ 服用していない (理由：)		
症状の経過	☐ よくなっている ☐ 少しよくなっている ☐ あまり変わらない ☐ 少し悪くなっている ☐ 悪くなっている ☐ その他()		
医師から療養について どの様な指導を受けて いますか			
安静の時間について	1日 () 時間くらい		
日常生活の状況 該当するものに✓をつけて、 「その他」は記入してくださ い。	☐ 普通の生活ができる ☐ ほとんど家の中にいるが、時々散歩にでる程度 ☐ 身のまわりのことはできるが、1日中家にいる ☐ 身のまわりのことはかるうじてできるが、1日中寝ている ☐ 身のまわりのこともできず、常に他人の介助が必要で、1日中寝ている ☐ その他(具体的に)		

就労について	1. <u>就労について医師からどのように聞いていますか？</u> ☐就労してはいけない ☐症状は改善しているが、しばらく就労はできない(年 月頃から就労可能) ☐軽作業・短時間なら就労してよい(作業内容:) ☐何も指示されていない ☐その他() 2. <u>現在の就労状況について(アルバイト・軽作業を含む)</u> ☐現在、就労している(業務内容:) ☐今後、就労することが決定している(勤務開始日: 年 月 日) ☐就労の予定はない ☐求職活動をしている (年 月頃から活動開始) ☐その他()	
失業給付(雇用保険)の受給期間延長は継続中ですか。 * 該当するところに○をつけてください。		はい いいえ ↓ (年 月 日より受給開始)
前回の報告時以降、生活に変化があれば、内容をお書きください。(住所・連絡先・氏名・病院の変更等)		

傷病手当金・傷病手当金付加金の申請にあたり、本報告書の記載内容に相違ありません。

年 月 日

プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿

被保險者氏名(自署):

記入者が本人以外の場合 本人との関係 ()

記入者氏名(自署):