

療養状況・日常生活状況報告書

記入日: 令和 年 月 日 被保険者氏名:

傷病手当金申請期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (合計 日間)

における療養状況・日常生活状況について下記の通り報告致します。

該当する□に☑をし、状況に応じて()内への記入や書類の写しを添付願います。傷病手当金申請の都度、本報告書も提出して下さい。

1	受診状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 毎日通院 <input type="checkbox"/> 週に()回 <input type="checkbox"/> 月に()回 <input type="checkbox"/> その他()
2	受診日の決め方	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自己判断で都合の良い日に行く <input type="checkbox"/> 医師より指示された日に行く <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く <input type="checkbox"/> その他()
3	受診内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他()
4	服薬について ※右の欄内に処方薬が書ききれない場合は裏面に記入頂くか、おくすり情報の写しを添付して下さい。	<input type="checkbox"/> 薬を処方され指示通り服用している <input type="checkbox"/> 薬は処方されるが服用したりしなかったり <input type="checkbox"/> 薬は処方されるが服用していない <input type="checkbox"/> 薬は処方されていない ※薬が処方されている場合、薬の名前と服用の指示内容を記入して下さい。 (例)××錠 1日2回 朝と晩 食後に服用
5	療養にあたり、医師から指示されていること	
6	医師から指示されている療養期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月ごろまで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他()
7	現在の体調について (自覚症状など)	
8	症状の経過	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他()
9	毎日の過ごし方について (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日()時間程度横になっている <input type="checkbox"/> 横になるほどの状態ではない <input type="checkbox"/> ネットやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする <input type="checkbox"/> 新聞や本を読む <input type="checkbox"/> 家族や友人等と会話をする <input type="checkbox"/> 日記を書く <input type="checkbox"/> 家事をする <input type="checkbox"/> ペット()の世話をする <input type="checkbox"/> 散歩する <input type="checkbox"/> 運動する <input type="checkbox"/> 外出する <input type="checkbox"/> 仕事(アルバイト)をする <input type="checkbox"/> その他()
10	失業給付について ※()内の書類の写しを毎回添付して下さい。	<input type="checkbox"/> 手続きは何も行っていない (離職票1 および 離職票2) <input type="checkbox"/> 申請して受け取っている (雇用保険受給資格者証) <input type="checkbox"/> 申請したが受け取っていない (雇用保険受給資格者証) <input type="checkbox"/> 療養のため給付延長申請をしている (受給期間延長通知書)
11	傷病手当金の請求期間中に加入している健康保険について ※健康保険証の写しを毎回添付して下さい。	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他() ◆保険者名: ◆保険証の記号: 番号: ◆資格取得年月日: 令和 年 月 日