

継続請求・退職者用

傷病手当金請求に伴う本人状況報告書 ※毎回添付

※この調査は健康保険法第59条に基づいて行っており利用目的以外で使用することはありません。
 ・記入漏れの場合は健康保険法121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。
 ・記入された内容により太陽誘電健康保険組合が内容の詳細について照会したり、追加書類を求めることがあります。
 ・傷病手当金決定のため太陽誘電健康保険組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足のため照会する場合があります。

◆今回請求されている傷病手当金請求期間について、下記事項に☑またはご記載ください。

現在加入している健康保険の名称 ※【資格情報のお知らせ】の写しを添付ください。	
① 名称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 太陽誘電健保任意継続 <input type="checkbox"/> 扶養家族
※扶養家族として健康保険組合に加入する場合、傷病手当金を受給中であることの申告が必要です。	
② 傷病名	
傷病手当請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日
発病又は負傷年月日	年 月 日 頃
受給した医療機関名	
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。 ※【診療明細書】の写しを添付ください。	
③ 対象月	カレンダー
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
今回請求されている傷病手当金の、「通院状況」を記入してください ※「診療実数日」が「0日」は原則認められません	
④	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (週間に 回) <input type="checkbox"/> 通院していない 通院していない理由: ()
療養するうえで、医師から日常生活上指示されている事項	
⑤	<input type="checkbox"/> 何も指示されていない <input type="checkbox"/> 指示通りの服薬をして、 週ごとの通院をする事 <input type="checkbox"/> 極力安静にして動かない <input type="checkbox"/> その他: ()
服薬について	
⑥	<input type="checkbox"/> 薬を受け取り、医師の指示通り服用している <input type="checkbox"/> 薬を受け取ったが、時々または服用しないことがある 理由: () <input type="checkbox"/> 薬が処方されていない (薬を処方されていない理由を具体的に記入してください) 理由: ()
日常生活について (複数回答可) *()内に必要内容を記入	
⑦	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 寝ていなければならぬほどではない <input type="checkbox"/> ネットやテレビを見たり、ラジオを聴いたり、新聞を読んだり読書をしている <input type="checkbox"/> 友人や家族と談話したり、ショッピング、スポーツジム等に行く <input type="checkbox"/> 近所に出て、散歩をしたりする (1日 回 ・ 分程度) <input type="checkbox"/> 現在、アルバイト等、軽い就労をしている ・仕事内容: 日/月 時間/月 <input type="checkbox"/> その他: ()

症状の経過 * () 内に必要内容を記入	
⑧	<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： [_____]
	いつ頃から仕事に就くことができそうですか <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃 <input type="checkbox"/> すでに復帰している <input type="checkbox"/> わからない(未定)
医師から説明された療養期間について	
⑨	<input type="checkbox"/> 継続して療養が必要 <input type="checkbox"/> 症状は改善しているが、 _____ 年 _____ 月ごろまで療養が必要 <input type="checkbox"/> 現時点で就労可能 <input type="checkbox"/> その他： [_____]
⑩ 身体が良くなれば就労する意思がありますか。	
<input type="checkbox"/> ある [_____ 年 _____ 月頃から予定・未定] <input type="checkbox"/> ない	
⑪ 退職後、ハローワークへ求職の申し込みをしていますか。	
⑫	<input type="checkbox"/> している ⇒ 下記の書類を添付してください 「離職票」の写し・「受給期間延長等・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付延長通知書」の写し <input type="checkbox"/> していない ⇒ <input type="checkbox"/> 失業給付を受給している ⇒ <input type="checkbox"/> ハローワークで失業給付受給期間延長申請を行ってください。
⑬ 今後就労することが決定していますか。	
<input type="checkbox"/> はい ⇒ [_____ 年 _____ 月頃から予定] <input type="checkbox"/> いいえ	
⑭ 障害年金を受給していますか。	
<input type="checkbox"/> はい ⇒ 「年金証書」・直近の「年金振込通知」・「年金改定通知書」・「裁定通知書書類」それぞれの写しを添付してください <input type="checkbox"/> いいえ	
⑮ ※60歳以上の方、ご回答ください。老齢年金を受給していますか。	
<input type="checkbox"/> はい ⇒ 「年金証書」・直近の「年金振込通知」・「年金改定通知書」・「裁定通知書書類」それぞれの写しを添付してください <input type="checkbox"/> いいえ	

確認欄	確認後 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この報告書については、事実に基づき記入し虚偽申告のないことを、誓約します。

傷病手当金を申請する状況は上記のとおりです。 [_____ 年 _____ 月 _____ 日 現在]

記号	番号	住所
_____	_____	_____
被保険者氏名	電話番号	
_____	_____	