

年 月 日

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。

①	傷病名	
	傷病手当請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	受給した医療機関名	
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		
⑦	<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	
⑧	<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	
④	<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		
⑤	<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ないほどではない <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: (_____)	
	勤務状況: (_____ 日/月 _____ 時間/月)	
	<input type="checkbox"/> その他: (_____)	

⑥ 症状の経過 * () 内に必要内容を記入		
<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 :	(_____) (_____)	
⑦ 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)
⑧ 医師から説明された療養期間について		
<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 :	(_____) (_____)	

確認欄	確認後 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input 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

被保険者氏名	
