

受付印

傷病手当金支給申請に伴う状況報告書

請求期間(年 月 日～ 年 月 日分)

記 号 番 号	—	事業所名 (任継:退職 時事業所)		氏名 (自署)	フリガナ
住 所	〒 —				TEL

下記の通り療養状況を報告します。

勤務している時の仕事内容(詳しく)
就労できなかった主な理由(いずれかに○をしてください) 1. 医師から働くことをとめられていたから 2. 体力に自信がないから 3. 働く意欲がないから 4. その他(具体的に記入: _____)
入通院の状況(いずれかに○をして詳細を記入してください) 1. 1ヶ月に____回行く(医師の指示・その他) 2. 入院 _____日から _____日まで(_____日間)
通院の仕方(いずれかに○をしてください) 1. 自転車・バイク 2. 電車・バス 3. 車・タクシー 4. 徒歩
現在どういう体の調子ですか(自覚症状など)
医師から療養についてどのような注意を受けていますか
日常生活の状況・・・どのようにして過ごしていましたか(該当するものに○をつけ詳細を記入ください) 1. 1日(_____)時間横になっている 2. 散歩する 1日(_____)回(_____)分位 3. アルバイトをしたことがある(_____日) 4. 家の軽い仕事をする(どのような: _____)
いつごろから仕事に就くことができそうですか(いずれかに○をして詳細を記入してください) 1. _____年 _____月ごろ(_____月 _____日より就労予定) 2. 見通しがたたない(その理由を記入: _____)
雇用保険【失業給付】・障害年金・老齢年金の受給の有無(いずれかに○をして、有の場合は詳細を記入してください) 1. 有 (受給期間 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日・金額 _____円) 2. 無

記入者が本人以外の場合	本人との関係
記入者氏名(自署)	(_____)

※この報告書は傷病手当金の支給決定に必要ですので、毎月必ず提出してください。
※なるべくわかりやすくご記入ください。(不明な点がありますと、健保から問合せする場合があります)
※失業給付、年金受給者で有の場合、「雇用保険支給通知」・「年金改定通知書の写し」を添付してください。