継続給付用

療養状況・日常生活等報告書

令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで　　日間の傷病手当金の請求期間について、以下のとおり報告いたします。（全項目の記入をお願いいたします。）

1. 病院のかかり方　（該当するものに〇を記入して下さい。）

①週に＿＿＿回通院　②月に＿＿＿回通院　③＿＿＿ケ月に＿＿＿回通院

上欄で③と答えた方は医師の指示ですか　ア.指示　イ.その他（　　）

2. 受診日について

①予約を取る　②医師からの指示日　③自分の都合の良い日　④薬が無くなると受診

3. 薬は１回に何日分貰っていますか。

①＿＿＿日分　②＿＿＿週間分　③＿＿＿月分　④貰っていない

4. 請求期間中どのように過ごしていましたか。

（1）普通の生活ができた。

（2）ときどき散歩に出るくらいで、ほとんど家の中にいた。

（3）身の回りのことはできたが、一日中家の中にいた。

（4）身の回りのことはかろうじてできたが、一日中床についていた。

（5）身の回りのことも家族の介助が必要で、一日中床についていた。

（6）その他（　　）

5. 請求期間中の自宅療養の内容、自覚症状について、詳しく記入して下さい。

6. 請求期間中に、医師から療養の上でどのような指示を受けていたか、記入して下さい。

7. 申請書に証明を受けた病院以外で受診していた場合は、病院名と通院日数を記入して下さい。

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　通院日数＿＿＿＿

8. 症状の経過はいかがですか。

①良くなっている　②少し良くなっている　③余り変らない

④少し悪くなっている　⑤悪くなっている　⑥その他（　　）

9. いつ頃から仕事に就くことが出来そうですか。

①＿＿＿年＿＿＿月頃より就労予定　②＿＿＿年＿＿＿月復帰済み

③見通しが立たない

（理由：　　）

記入日　　年　　月　　日

加入の保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　例）国民健康保険、〇〇健康保険組合等

被保険者記号・番号＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

提出がない場合や虚偽の報告があった場合は、不支給となることもあります。また、関係機関へ情報共有する場合もありますのでご了承ください。