【退職者用】

療養・日常生活状況等報告書

退職後に傷病手当金を請求する際は、傷病手当金請求書にこの報告書を添付して提出してください。
虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できませんのでご注意ください。

以下の設問に記入及び該当する項目の□に✔を入れてください。

今回の請求期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日　～　令和〇〇年〇〇月〇〇日
受診状況	☑1か月に(　〇　)回通院　　□ その他(　　)
受診日について	□ 自分で判断して行く ☑医師に指示された日に行く □ 薬がなくなったら行く □ その他(　　)
受診内容	□ 診察のみ　□ 投薬のみ　☑診察と投薬　□ その他(　　)
服薬について (投薬されているとき)	☑1. 指示通りに服薬 □ 2. ときどき飲まないときがある □ 3. 飲んでいない □ 4. その他(　　) ※2または3のときはその理由(　　)
療養について医師からどのような指示を受けていますか	症状は改善傾向であるが、引き続き外来通院が必要である。
日常生活について (複数回答可)	□ 1日中横になっている □ 1日のうち(　　)時間くらい横になっている ☑横になるほどの状態ではない ☑散歩する　*1日(　〇〇　)分くらい □ 家族や友人と会話する　*1日(　　)分くらい □ アルバイト・内職をしている □ その他(　　)
就労について	□ 令和　　年　　月　　日から就労している ☑令和〇〇年〇〇月〇〇日頃から就労可能 □ 見通しは立っていない □ その他(　　)
年金や雇用保険(失業給付)の受給について	□ 年金を受給している　(年金の種類:　　) □ 失業給付を受給している ☑何も受給していない **※年金または失業給付は、傷病手当金と同時に受給することはできません。**

上記のとおり回答します。また、傷病に関する情報について関係機関に照会することに同意します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

氏　名　　〇〇　〇〇　　TEL　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

※代筆の場合　代筆者名　　続柄(　　)