日常生活・療養状況申立書

今回申請されている傷病手当金請求期間の状況について、詳しくご記入ください(該当する番号は○で囲んでください)。

◎ご本人の記入が困難な状態の場合は、代筆によりご提出ください。(代筆者氏名と続柄：　　㊞)

(記入日：令和　　年　　月　　日)

被保険者等の 記号 ― 番号	―	氏名　　㊞
①仕事の内容について		
②通院(入院)状況について* *)通院していない場合はその理由	月：　日間（日付：　） 月：　日間（日付：　） 月：　日間（日付：　）	
③どのような治療を受けていましたか。	1. 注射を打ってもらう：受診日に　回 2. 薬をもらう(1回に)：粉(錠)　日分 / 水薬　日分 / ぬり薬　日分 3. 市販薬等で治療していた場合：薬名 4. その他：(　)	
④療養について医師から指示を受けている事項		
⑤どんな体の調子でしたか。(自覚症状等)		
⑥毎日の生活状況について	1. 絶対安静 2. 1日　時間位横になっていた 3. 安静時間をとっていた（午前　時間 ・ 午後　時間） 4. 無理をしない普通の生活をしていた 5. 家の軽い仕事をしていた 6. その他［　］	
⑧現在、お仕事(アルバイト等)に従事していますか。	1. 従事している　⇒内容：　（令和　年　月から） 2. 従事していない ⇒いつごろからできそうですか　令和　年　月頃から）	

○申請開始日が、入社後1年6か月未満の方（初回申請時のみ）
当健保組合資格取得日より前、1年6か月分の健康保険の加入情報を全てご記入ください。
（ご不明な場合は、お勤めされていた勤務先等へお問い合わせください。）

①	加入期間 年　月　日～ 年　月　日まで	保険者名称*: 記号:　番号: 1. 国民健康保険　2. 全国健康保険協会 3. 健康保険組合　4. その他	加入区分 1. 被保険者 2. 被扶養者 3. その他(　)
②	加入期間 年　月　日～ 年　月　日まで	保険者名称*: 記号:　番号: 1. 国民健康保険　2. 全国健康保険協会 3. 健康保険組合　4. その他	加入区分 1. 被保険者 2. 被扶養者 3. その他(　)

＊)健康保険の名称（例:ミツバ健康保険組合 等）

注意事項)
障害年金を請求中の方は、受給認定後、すみやかに[年金証書]、直近の[年金振込通知]のそれぞれの写しを当健保組合へご提出ください。

※健康保険法第59条に基づきご提出をお願いしております。
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120条により傷病手当金の支給ができません。
内容の詳細について照会、および追加資料の提出を求める場合があります。

ミツバ健康保険組合