

傷病手当金請求のための状況報告書

※傷病手当金は、病気やケガの療養のため仕事を休み、給料を受けられないときや減額されたときに、1年6ヶ月の範囲で支給されます。

※この報告書は、傷病手当金の支給決定のため、療養の状況などを詳しく確認させて頂く大切な資料です。

下記事項について、事実をありのままにお書き下さい。（記入事項を他の目的で使用することはありません）

健康保険証 記号・番号	3907 - 〇〇〇〇〇	被保険者氏名	北村 太郎	印
----------------	--------------	--------	-------	---

令和〇〇年 11月 10日に提出した『傷病手当金請求書』について、下記の通り報告いたします。

1. 傷病手当金、障害年金の受給状況	
今までに傷病手当金を	<input checked="" type="checkbox"/> 受けたことがある（以前勤めていた会社で受給した場合も含みます） ■ 傷病名： 右足骨折 ■ 期間： 平成28年 5月 7日 ~ 平成28年 6月 30日頃 注）傷病手当金は、同一の疾病やケガ（病名が違って関連するものを含む）につき、その支給をはじめた日から1年6ヶ月が支給期間となります <input type="checkbox"/> 受けたことがない
障害年金を	<input type="checkbox"/> 受けている（受ける予定がある） ■ 傷病名： 注）「年金裁定通知書」又は「年金額通知書」のコピーを添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
2. 就労できない状況など	
就労できなかった 主な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 医師からとめられていたから <input type="checkbox"/> 体力に自信がないから <input type="checkbox"/> 意欲がないから <input type="checkbox"/> その他（ ）
受診の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院
通院の場合	<input type="checkbox"/> 医師から指示された日に行く <input type="checkbox"/> 自分の都合がよい日に行く <input type="checkbox"/> 薬がなくなると行く <input type="checkbox"/> 症状が悪化すると行く <input type="checkbox"/> その他（ ）
医師からの指示	<input checked="" type="checkbox"/> 絶対就労してはいけない <input type="checkbox"/> 軽作業なら就労してよい ■ 指示された療養見込み期間： 年 月 日頃まで ■ 『傷病手当金請求書』の「(11)労務に服することができなかった期間」と「(24)労務不能と認めた期間」が違う場合 （理由： ） <input type="checkbox"/> 特に指示されていない <input type="checkbox"/> その他（ ）
復職の見込み	<input checked="" type="checkbox"/> 令和〇〇年 12月 1日頃から就労予定 <input type="checkbox"/> その他（ ）

注1）記入された内容について、後日詳細をお聞きしたり、追加の資料をお願いすることがあります

注2）また、必要に応じて、関係諸機関（医療機関の担当医師、以前加入の健康保険等）に照会する場合があります