年　　月　　日

キタムラ健康保険組合理事長　　殿

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ヵ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	－	被保険者氏名	印

年　　月　　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	□ 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： ■ 期　間：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日頃 注）傷病手当金は、同一の疾病やケガ（病名が違っても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ヵ月が支給期間となります □ 受けたことがない
障害年金を	□ 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 □ 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	□ 医師からとめられていたから　□ 体力に自信がないから □ 意欲がないから　□ その他（　　）
受診の状況	□ 通院　□ 入院
通院の場合	□ 医師から指示された日に行く　□ 自分の都合がよい日に行く □ 薬がなくなると行く　□ 症状が悪化すると行く □ その他（　　）
医師からの指示	□ 絶対就労してはいけない　□ 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：　　） □ 特に指示されていない　□ その他（　　）
復職の見込み	□　　年　　月　　日頃から　就労予定　・　就労中 □ 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

(2019.5)