

傷病手当金請求のための状況報告書① (初回申請時のみ)

※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 - 00000	被保険者氏名	北村 太郎
----------------	--------------	--------	-------

令和 5 年 9 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	
今回の申請以前に 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: 急性虫垂炎 ■ 期 間: 令和2年11月18日 ~ 令和2年12月2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. 今回の申請期間において、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
自覚症状など	手術後、現在も入院中のため勤務できる状況でない。 予定では12月頃から復帰できるようにリハビリをしている
受診の状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" 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: 令和5年11月末 日頃まで <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5年12月1日頃 から 就労予定 ・ 就労中 <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