令和 〇〇年 １１月 ２０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 | ３９０７　－　〇〇〇〇〇 | 被保険者氏名 | 北村　太郎 |
|---|---|---|---|

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 | ☐ 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）<br>■ 傷病名：　右足骨折<br>■ 期　間：平成 ２８年 ５月 ７日 ～ 平成 ２８年 ６月３０日頃<br>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<br>☐ 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）<br>■ 傷病名：<br>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<br>☐ 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<br>☐ 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<br>☐ 薬がなくなると行く　☐ 症状が悪化すると行く<br>☐ 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<br>■ 指示された療養見込み期間：　　年　　月　　日頃まで<br>☐ 特に指示されていない　☐ その他（　　） |
| 医師の意見と違う場合 | ☐ 理由（療養中に転院し、〇月〇日に現在の病院を受診しましたがそれまでの期間証明いただけなかったため）<br>注）申請書【２】の「４ 療養のため休んだ期間(申請期間)」と申請書【４】の「労務不能と認めた期間」が違う場合は、理由を記入してください |
| 復職の見込み | ☐ 令和 〇〇年 １２月 １日頃から就労予定<br>☐ 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

(2021. 11)