

療養状況等報告書

※毎回添付してください

※資格喪失者（退職者）の場合は、在籍時の記号・番号をご記入ください。

記入日	令和 年 月 日	記号		番号		氏名	
今回の傷病手当金請求期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日							
今回の傷病手当金請求期間について、該当する項目に○もしくは記入してください。（複数回答可）							
受診状況について	受診状況	① 1 ヶ月に 回 ② 1 週間に 回 ③ その他（ ） ④ 受診していない（理由： ）					
	受診日の決め方	① 自分で判断している ② 主治医の指示通り ③ その他（ ）					
	受診と治療の内容	① 受診のみ ② 受診と服薬 ③ 服薬のみ ④ その他（ ） ※薬を処方されている場合、1 ヶ月に何の薬をどれくらい処方されているか、服用に際し、どのような指示を受けているか具体的に記入してください。 （調剤薬局で処方されている場合、傷病手当金請求月分の「処方薬剤明細書」のコピーを添付いただくとこの記載は省略できます） ■1 回の受診で 日分処方されている。 ■処方薬品名 朝： 昼： 夜： その他 ■処方された調剤薬局 名 称： 所在地：					
医師からの療養上の指導について	安静について	① 1 日中安静にすること ② 適度に安静にすること ③ その他（ ）					
	食事療法について	① 受けている（指導内容： ） ② 受けていない ③ その他（ ）					
	運動について	① 運動は禁止されている ② 軽い運動を勧められている ③ その他（ ）					
	その他医師から指導されていること						
就労について	医師からどのように指導されていますか	① 継続して就労は無理である ② 症状は改善しているが、しばらく就労はできない ③ 年 月 日頃から就労可能である ④ 現時点で就労可能 A. 軽作業なら可能 B. 短時間なら可能 C. 就労に問題ない ⑤ その他（ ）					
	現在の就労状況について	① 現在就労している（パート・アルバイト含む） ② 今後就労することが決定している（ 年 月 日より勤務予定） ③ 就労の予定はない ④ その他（ ）					

[illegible]

塩野義健康保険組合理事長殿

本報告書の記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

住所：〒

電話番号：

氏 名：

この報告書は健康保険法第 59 条に基づき提出をお願いしています。添付書類、記入漏れの場合は健康保険法第 121 条により、虚偽申告の場合は同第 121 条により傷病手当金の支給ができません。