傷病手当金を請求されている　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日までのことを書いてください。

※なるべく、１ヶ月毎に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①健康保険被保険者証  の記号・番号 | 記 号 | ②住 所 | | 〒 | | | | |
| 番 号 | ③氏 名 | |  | | | | |
| ④医師のかかり方  ＊該当するものに○を  つけて、必要事項は  記入してください。 | １、医療機関名（ ）  （ア）毎日受診している  （イ） 日おきに受診している  （ウ）1ヶ月に 回受診している  （エ） ヶ月に 回受診している | | | | | ・徒歩 ・バス ・電車  ・家族等の運転への同乗  ・タクシー ・自転車  ・その他 | | |
| ２、医療機関名（ ）  （ア）毎日受診している  （イ） 日おきに受診している  （ウ）1ヶ月に 回受診している  （エ） ヶ月に 回受診している | | | | | ・徒歩 ・バス ・電車  ・家族等の運転への同乗  ・タクシー ・自転車  ・その他 | | |
| ⑤医師から療養について  どの様な指導を受けて  いますか |  | | | ⑥身体の調子はいかがですか | | | |  |
| ⑦安静時間 | １日 時間以上 | | | | | | | |
| ⑧毎日どのように過ごし  ていますか  ＊該当するものに○を  つけて、必要事項は  記入してください。 | （ア）普通の生活ができる  （イ）ほとんど家の中にいるが時々散歩にでる  （ウ）身のまわりのことはできるが、１日中家にいる  （エ）身のまわりのことはかろうじてできるが１日中寝ている  （オ）身のまわりのこともできず、常に他人の介助が必要で、１日中寝ている  （カ）その他（具体的に ） | | | | | | | |
| ⑨いつごろから、どんな  仕事につく事が可能で  あると思いますか | 年 月頃から  仕事の内容 | | ⑩働いていない  理由 | | （ア）医師から働くことを止められている  （イ）体力に自信がない  （ウ）働く意欲がない  （エ）働きたいが、適切な職場がない  （オ）その他（具体的に ） | | | |
| ◎障害厚生年金、障害基礎年金又は障害手当金  の支給を受けていますか。  ＊該当するところに○をつけてください。 | | | はい いいえ    請求中 請求予定（いつ頃 ） | | | | | |
| ◎失業給付（雇用保険）の受給期間延長は継続中ですか。  ＊該当するところに○をつけてください。 | | | はい いいえ  　　　　　　　　↓  　　　　（　　　　年　　月　　日より受給開始） | | | | | |
| **＊生活状況について確認する場合がありますので、必ずご記入ください。**  **同居、別居を問わず、あなたの生活状況を把握している方（親族、友人等）の**  **氏名 関係** **TEL** | | | | | | |  | |