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**  |  |