

傷病手当金状況報告書

今回請求する傷病手当金の請求期間において、下記事項にご回答ください。この報告書は毎回添付いただきます。
記入漏れや虚偽の申告のないよう注意してご記入をお願いします。支給決定にあたり、医療機関（医師）・医療
保険者・ハローワーク等へ照会させていただくこともあります。

書類記入日	年 月 日			氏名			
退職後に加入している健康保険 の名称、保険者番号、記号・番号、 本人・家族区分	名称				保険者番号		
	記号				番号		
	☐ 被保険者（本人）として加入			☐ 被扶養者（家族）として加入			

請求期間	年 月 日 ～ 年 月 日															
請求期間中、当傷病で医療期 間へ通院（入院）した日を○ で囲んでください。	カレンダー															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

◆診療状況及び日常生活状況について（該当する項目に✓を記入してください）

請求期間中の 受診状況 （治療内容について）	① 請求期間中の受診状況は、次のいずれですか ☐ 主治医の指示で受診した。 ☐ 症状に応じて、自分で判断して受診した。 ☐ 薬がなくなったから受診した。 ② 通院回数について ☐ 1ヶ月に（ ）回程度 ☐ 1週間に（ ）回程度 ☐ 入院 ☐ その他（.....） ③ 受診したときの治療内容はどのようなものでしたか ☐ 療養上の指導を受けた。 ☐ 療養上の指導と投薬をしてもらった。 ☐ 1回の受診で（ ）日分処方 ☐ 朝（ ）種類・昼（ ）種類・夜（ ）種類 服用 朝：投薬名（ ） 昼：投薬名（ ） 夜：投薬名（ ） ☐ 療養上の指導を受け、注射と投薬をしてもらった。 ☐ 療養上の指導、投薬等のほかに機能訓練等をしてもらった。 ☐ その他（.....）
服薬について （該当する項目に✓を）	☐ 指示通りに服用。 ☐ 時々飲まないことがある。 ☐ 飲まないことが多い。 ☐ その他（.....） ☐ 飲んでない。（理由.....）
通院のしかた （該当する項目に✓を）	☐ 電車・バス ☐ 自転車 ☐ 自動車（自分で運転） ☐ 自動車（人に乗せてもらって） ☐ 徒歩（ 分位） ☐ その他（.....）

症状の経過 （該当する項目に✓を）	☐ よくなっている。 ☐ 少しよくなっている。 ☐ あまり変わらない。 ☐ 少し悪くなっている。 ☐ 悪くなっている。 ☐ その他（.....）
日常生活について （該当する項目に✓を 記入し、複数回答可）	☐ 1日中横になっている。 ☐ 1日のうち（ ）時間くらい横になっている。 ☐ テレビを見たり、ラジオを聴いたりしている。 ☐ 新聞を読んだり、読書をしたりしている。 ☐ 家事や、ショッピング、スポーツジム等に行く。 ☐ 近場に出て散歩をしたりする（1日 回・ 分程度）。 ☐ 家族や友人と話をする。
就労について （該当する項目に✓を）	① 就労について医師からどのように指導がありましたか ☐ 何も指示されていない。 ☐ 継続して就労は無理。 ☐ 症状は改善しているが、まだしばらくは就労できない。 （ 年 月 日頃から就労可能） ☐ 現時点で就労可能 ☐ 軽作業なら就労可能。 ☐ 短時間なら就労可能。 ☐ 就労に問題はない。 ② 今回の請求期間中の就労について ☐ 仕事をしていた 時 期：（ 年 月 日から） 勤務時間：1日に（ ）時間、1週間に（ ）日程度 仕事内容：（.....） ☐ 今後就労することが決定している（ 年 月 日勤務予定）。 ☐ 就労の予定はない。 ☐ 仕事をしていない。
雇用保険【失業給付】 の受給について （該当する項目に✓を）	☐ 受給手続き中 ☐ 給付を受けている・受けた （ 年 月 日 ～ 年 月 日） ☐ 給付の申請に行っていない ☐ 受給延長の手続きをした（ 年 月 日まで延長）
障害年金について （該当する項目に✓を）	① 障害年金 ☐ 受給中（⇒必ず年金証書のコピーを添付してください） ☐ 申請中 ☐ 受給していない ② 老齢年金 ☐ 受給中（⇒必ず年金証書のコピーを添付してください） ☐ 受給していない ☐ その他（.....）

イマジカ健康保険組合 理事長 殿
上記のとおり回答、関係諸機関に照会することに同意いたします。
年 月 日

住所：〒 -

氏名：
TEL：

傷病手当金状況報告書について

イマジカ健康保険組合

在職中、1年以上継続して健康保険の被保険者期間（任意継続被保険者期間は除く）がある方が退職する際、退職日において傷病手当金を受けられる状態にあるときは、退職後も引き続き、同様（同傷病）の給付を受けることができます。

ただし、退職後の申請から、毎回「傷病手当金状況報告書」の記載・添付が義務付けられます。

（退職後は会社の管理下を離れますので、事業主証明・医療機関での診療内容が確認できないため）
記載・添付がない場合には、傷病手当金は支給できませんのでご了承ください。

【ご案内】

該当の方へは、イマジカ健康保険組合より支給決定通知書送付の際、必要書類を同封いたします。

足りない場合は、当組合のホームページからダウンロードしてご使用ください。

（※ 必ず **A3サイズで印刷**してご利用ください。）

【提出先】

傷病手当金申請書に添付し、直接、イマジカ健康保険組合へ提出。

【留意点】

- ◎ 「傷病手当金状況報告書」は、もれなく記入してください。
- ◎ 現在加入している健康保険（国民健康保険）の情報は、現在の治療状況を医療保険者へ照会させていただきます。ただく際に必要です。
- ◎ 添付もれ、記入もれ、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。
- ◎ 支給決定にあたって、医療機関（医師）、医療保険者、ハローワークへ、照会・確認をさせていただきます。

【その他】

- ◎ 提出書類の写しが必要な場合は、ご自身で事前にコピーをとってください。健康保険組合ではコピーをとることができません。
- ◎ 健康保険組合への問い合わせは、必ず「被保険者等の記号・番号・氏名」をお伝えください。