

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
	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）として加入 <input type="checkbox"/> 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																																
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> </table>	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	
	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）	<p>① 請求期間中の受診状況は、次のいずれですか</p> <input type="checkbox"/> 主治医の指示で受診した。 <input type="checkbox"/> 症状に応じて、自分で判断して受診した。 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったから受診した。 <p>② 通院回数について</p> <input type="checkbox"/> 1ヶ月に（ ）回程度 <input type="checkbox"/> 1週間に（ ）回程度 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他（.....） <p>③ 受診したときの治療内容はどのようなものでしたか</p> <input type="checkbox"/> 療養上の指導を受けた。 <input type="checkbox"/> 療養上の指導と投薬をもらった。 <input type="checkbox"/> 1回の受診で（ ）日分処方 <input type="checkbox"/> 朝（ ）種類・昼（ ）種類・夜（ ）種類 服用 朝：投薬名（ ） 昼：投薬名（ ） 夜：投薬名（ ） <input type="checkbox"/> 療養上の指導を受け、注射と投薬をもらった。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（.....）
服薬について（該当する項目に✓を）	<input type="checkbox"/> 指示通りに服用。 <input type="checkbox"/> 時々飲まないことがある。 <input type="checkbox"/> 飲まないことが多い。 <input type="checkbox"/> その他（.....） <input type="checkbox"/> 飲んでない。（理由.....）
通院のしかた（該当する項目に✓を）	<input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車（自分で運転） <input type="checkbox"/> 自動車（人に乗せてもらって） <input type="checkbox"/> 徒歩（ 分位） <input type="checkbox"/> その他（.....）

症状の経過（該当する項目に✓を）	<input type="checkbox"/> よくなっている。 <input type="checkbox"/> 少しよくなっている。 <input type="checkbox"/> あまり変わらない。 <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている。 <input type="checkbox"/> 悪くなっている。 <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている。 <input type="checkbox"/> 1日のうち（ ）時間くらい横になっている。 <input type="checkbox"/> テレビを見たり、ラジオを聴いたりしている。 <input type="checkbox"/> 新聞を読んだり、読書をしたりしている。 <input type="checkbox"/> 家事や、ショッピング、スポーツジム等に行く。 <input type="checkbox"/> 近場に出て散歩をしたりする（1日 回・ 分程度）。 <input type="checkbox"/> 家族や友人と話をする。
就労について（該当する項目に✓を）	<p>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</p> <input type="checkbox"/> 何も指示されていない。 <input type="checkbox"/> 継続して就労は無理。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 現時点で就労可能 <input type="checkbox"/> 軽作業なら就労可能。 <input type="checkbox"/> 短時間なら就労可能。 <input type="checkbox"/> 就労に問題はない。 <p>② 今回の請求期間中の就労について</p> <input type="checkbox"/> 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：（.....） <input type="checkbox"/> 今後就労することが決定している（ 年 月 日勤務予定）。 <input type="checkbox"/> 就労の予定はない。 <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 給付を受けている・受けた （ 年 月 日 ~ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 給付の申請に行っていない <input type="checkbox"/> 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）	<p>① 障害年金</p> <input type="checkbox"/> 受給中（⇒必ず年金証書のコピーを添付してください） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない <p>② 老齢年金</p> <input type="checkbox"/> 受給中（⇒必ず年金証書のコピーを添付してください） <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 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くこともあります。

【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「被保険者証の記号・番号・氏名」をお伝えください。