

療養状況・日常生活状況等報告書（退職者用） ※毎回提出

この報告書は傷病手当金の支給可否の判断のため、健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。
 当報告書の添付もれ・記入もれ・虚偽申告の場合、健康保険法第120条・121条により傷病手当金が支給できない場合があります。
 全項目もれのないよう、提出前に必ず記入内容をご確認ください。
 ※記入された内容について、追加の資料をお願いすることがあります。

今回の傷病手当金請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
--------------	---------------------

※該当に☑をして、（ ）内等への記入や書類のコピーの添付をお願いいたします。

1. 今回の請求期間における病気・けがの療養状況	
今回請求期間の受診状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日受診 <input type="checkbox"/> 週に（ ）回通院 <input type="checkbox"/> 月に（ ）回通院 <input type="checkbox"/> （ ）ヶ月に（ ）回通院 <input type="checkbox"/> 体調が悪くなったら通院 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 受診していない 受診していない理由を下記に記入してください 【理由】
今回の請求期間における通院（入院）した日（該当日に○をしてください）	【令和 年 月】 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 <hr/> 【令和 年 月】 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
受診内容（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他（ ） 添付 今回の申請期間に受診した「医療機関・調剤薬局の領収証及び明細書のコピー（調剤薬局の明細書についてはお薬手帳のコピーでも可）
服薬について	<input type="checkbox"/> 指示通り服用 <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"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> その他（ ）
受診日について	<input type="checkbox"/> 医師の指示通りに通院した <input type="checkbox"/> 自己の判断で通院した <input type="checkbox"/> 処方された薬がなくなった（なくなる）ため通院した <input type="checkbox"/> その他（ ）
医師から指示されている療養期間について	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃まで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医師から受けている療養上の指示・注意事項の記入	
自覚症状について（詳しくご記入ください）	
症状の経過	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> 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（ ）

2. 日常生活について	
毎日の過ごし方について（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができる <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできたが、1日のうち（ ）時間くらい横になっている <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできず介助が必要な状態 <input type="checkbox"/> 家事をする <input type="checkbox"/> 近所への散歩や外出 <input type="checkbox"/> 運動をする <input type="checkbox"/> その他（ ）
3. 就労について	
医師から聞いている療養見込と就労について	<input type="checkbox"/> 継続して治療が必要で、就労は難しい <input type="checkbox"/> 症状は改善しているが、しばらく就労はできない（令和 年 月頃から就労可能見込） <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"/> 就労に問題ない <input type="checkbox"/> その他（ ）
いつ頃から労務に従事できそうですか？	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃より就労予定 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から復帰済み <input type="checkbox"/> 労務できる状態ではなく未定 <input type="checkbox"/> その他（ ）
4. 年金の受給について	
1. 障害年金・障害手当金 <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中または請求中 ⇒ 傷病名： _____	
2. 老齢年金 <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中または請求中 ⇒ 受給開始日： 令和 年 月 日	
添付 1, 2で受給中または請求中に該当☑の場合は、年金証書・直近の支払通知書のコピー	
5. 雇用保険（失業保険）について	
<input type="checkbox"/> 申請手続きは行っていない <input type="checkbox"/> 療養のため延長申請をした ⇒ 延長期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請したが受け取っていない ⇒ 申請日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請して受け取っている ⇒ 受給期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
6. 請求期間中に加入している健康保険について	
保険者名（ ） 記号（ ） 番号（ ） <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 ⇒（ <input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ⇒（ <input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 理事長 殿
 上記のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

住所：〒

氏名： _____
 （署名は自筆で記入してください）

電話番号： _____