

傷病手当金申請に係る療養状況等について

【被保険者 記号・番号】	—	【氏名】
--------------	---	------

今回の申請期間:令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

〈上記期間について、該当する項目に○印のうえ必要箇所に記述ください。(複数回答可能)〉

受診状況について	1. 受診状況 A. 毎日受診している B. 週に()日受診している C. 月に()日受診している D. 受診していない E. その他 ⇒D・E理由:	日常生活状況について	1. 安静時間 A. 一日中安静にしている B. 1日()時間ぐらい安静にしている C. 特別安静にはしていない D. その他 ()
	2. 受診の日程、回数 A. 主治医の指示通り B. 症状に応じて自分で判断		2. どのように過ごしていますか A. 一日中横になっている B. 1日()時間ぐらい横になっている C. 起床してテレビを観たり音楽を聴いている D. 時々外出(散歩等を含む)したりしている E. 軽度の仕事をしている F. その他 ()
	3. 受診した時の治療内容 A. 療養上の指導と投薬 B. 療養上の指導のみ C. 療養上の指導の他、機能訓練等をした D. その他 ()		療養と就労
	4. 医師の指示通り薬を服用しているか? A. 服用している B. 時々服用している C. 服用していない ⇒B・C理由: D. 薬の処方が無い		
医師からの療養上の指導について	1. 安静について A. 一日中安静にしていること B. 適度に安静すること C. その他 ()	雇用保険の給付について	1. 雇用保険の給付について A. 受給手続き中 B. 給付を受けた 年 月 日 ~ 年 月 日 C. 給付の申請は行っていない D. 受給期間延長の申請をした 年 月 日 ~ 年 月 日
	2. 食事療法について A. 受けている B. 受けていない		2. 雇用保険の傷病手当給付について A. 受給手続き中 B. 給付を受けた 年 月 日 ~ 年 月 日 C. 給付の申請は行っていない
	3. 運動について A. 運動は禁止されている B. 軽い運動をすすめられている C. その他 ()		■ 申請期間中に加入している健康保険証等の写し貼付 ◇保険証廃止後は、資格情報のお知らせの写し、マイナポータルの資格情報のお知らせ画面を印刷したもの等を貼付してください。(別添可)
	4. その他医師から指導されていること		
就労について	1. 医師からどのように聞いていますか? A. 継続して治療が必要で就労は無理である B. 症状は軽快しているがもう暫く様子を見る C. 年 月 日から就労可能 D. その他 ()	ダスキン健康保険組合の任意継続保険に加入されている場合は添付不要	
自覚症状	(必ずご記入ください)	記入した療養状況について、ダスキン健康保険組合から医師及び現在加入している保険者へ照会することに同意します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	

署名

本書面は、ダスキン健康保険組合資格喪失後の傷病手当金継続支給申請時の必要書類となります。

未提出、若しくは空欄がありますと給付審査ができないことがあるため、ご注意ください。

常務理事	事務長	担当者	担当者