

傷病手当金 療養状況・日常生活状況調査票

(今回、請求される期間について、できるだけ詳しく書いてください。不明な点がありますと、組合からうかがう場合があります。)

① 被 保 険 者 証 の		②氏 名	印
記号		番号	
		③生年月日	昭・平 年 月 日
④現 住 所			
⑤あなたの職種		⑥具体的な仕事内容	

病気・けがの状況

⑦傷 病 名			
⑧病院のかかり方 (○印をしてください)	1. 入院中 2. 毎日通院 3. 週に__回通院 4. 月に__回通院 5. __ヶ月に__回通院 ----- 上欄で 5. と答えた方は医師の指示ですか イ. 指示 ロ. その他		
⑨医師から療養についてどのような注意、指示を受けていますか			
⑩現在の体の調子は (自覚症状を詳しく)			
⑪受診日について (○印をしてください)	1. 予約をとって行く 2. 医師から指示された日に行く 3. 自分の都合のよい日に行 4. 薬がなくなると行く		
⑫診 療 日 (今回の請求期間のうち診療日に○印をしてください)	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
	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
⑬薬は一回に何日分貰っていますか	1. 日分 2. 週間分 3. 貰っていない		

療養・日常生活の状況

⑭日常生活の状況 (毎日どのように過ごしていますか)			
⑮症状の経過は どうですか (○印をしてください)	1. 良くなっている 2. 少し良くなっている 3. 余り変わらない 4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている 6. その他 ()		
⑯いつ頃から仕事に ことができそうですか	1. 年 月 ごろ [月 日より就労(予定)] 2. 見通しがたたない		
⑰雇用保険(失業給付)の受給の有無	有 . 無	⑱障害年金の受給の有無	有 . 無

※任意継続の方は⑤、⑥欄には在職されていた時についてご記入ください。

横浜港運健康保険組合