

療養状況申立書 (傷病手当金継続給付)

以下の内容について、ご本人が詳しく記入願います。

記入日 年 月 日

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------|
| 氏名 | | 対象期間 (傷病手当金 請求期間) | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 現在加入している健康保険 (①②どちらかに 回答ください) | ①被保険者(本人)として加入 <input type="checkbox"/> ナイスグループ健康保険組合の任意継続保険 <input type="checkbox"/> _____健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ※任意継続保険以外の場合は、健康保険証のコピーを添付してください | | |
| | ②家族の扶養に入る → (_____) | | |
| 通院状況 | ※対象期間中の診療明細書のコピーを添付してください(受診していない場合は不要) 通院回数: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> _____週に _____回 <input type="checkbox"/> _____ヵ月に _____回 <input type="checkbox"/> 受診していない 通院のタイミング: <input type="checkbox"/> 医師の指示 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら <input type="checkbox"/> 症状に応じて自分で判断 直近3回の通院日: _____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日 次回の通院予定日: _____年 _____月 _____日 (※現在受診していない場合は未記入で構いません) | | |
| 治療内容 | 医療機関 | 病院名: _____ 診療科目名: _____ 主治医名: _____ | |
| | 服用中の薬剤 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↳薬名: _____ 用法: <input type="checkbox"/> 1日 _____回 <input type="checkbox"/> 頓服(_____回分) 効果: _____ 副作用等: _____ ※お薬手帳のコピーを添付してください | |
| | 医師から受けた療養上の指示(詳細に) | <input type="checkbox"/> 要安静 <input type="checkbox"/> 外出許可 <input type="checkbox"/> 復職許可 療養指示: 注意事項・禁止事項: | |
| その他治療中の疾患など | ※ない場合は未記入で構いません | | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>症状について (1 ヶ月を 振り返って)</p> | <p>健康状態(自覚症状・気分の変化等)：</p> <p>睡眠状態：</p> <p>平均睡眠時間： _____ 時間</p> <p>療養状況・活動状況(どこでどのように過ごしていたかなど具体的に)：</p> <p>外出の有無・頻度等：</p> |
| <p>就労予定</p> | <p><input type="checkbox"/>再就職が決まった(_____ 年 _____ 月 _____ 日から) <input type="checkbox"/>通院しながら仕事を探している</p> <p><input type="checkbox"/>未定 (理由： _____)</p> |
| <p>雇用保険受給 状況について (失業給付)</p> | <p><input type="checkbox"/>受給中(_____ 年 _____ 月 _____ 日から) →雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください</p> <p><input type="checkbox"/>受給予定(_____ 年 _____ 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>受給延長申請済み →受給期間延長通知書のコピーを添付してください</p> <p><input type="checkbox"/>受給延長予定(_____ 年 _____ 月頃申請予定)</p> <p><input type="checkbox"/>受給しない</p> |
| <p>同意書</p> | <p>ナイスグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記の内容に相違ございません。</p> <p>また、健康保険法に基づく傷病手当金の審査にあたり、ナイスグループ健康保険組合が関係諸機関（事業主・後加入保険者・年金事務所・医療機関及び担当医師等）に対して必要な情報の照会を行うこと、および関係諸機関がナイスグループ健康保険組合に回答することに同意します。</p> <p>なお、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名（自署）</p> |