傷病手当金 療養・日常生活状況等報告書

傷病手当金の支給決定にあたっては、病気・けがのための療養中であること、
療養のために仕事につくことができず給料等が支給されないことを確認しています。
そのため、療養・日常生活状況等を確認するため報告書の提出をお願いいたします。

青枠内は全て記入
☐は、該当するものに必ず☑をし、記載事項に漏れがないように、記入すること

※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。
※必要に応じ、以下の記載項目以外にも確認をさせていただく場合があります。

退職後に加入している健康保険について		保険者名 健康保険の記号　　番号 保険者の住所 保険者の電話番号 ☐ 被保険者（本人）として加入　　☐ 被扶養者（家族）として加入
1	受診状況	☐ 通院　　週に　（　　）回　　月に　（　　）回 ☐ 入院　　入院日（令和　　年　　月　　日 ）　退院日（令和　　年　　月　　日 ） ☐ その他　　）
2	受診日の決め方	☐ 入院中　　☐ 医師より指示された日に行く　　☐ 薬が無くなったら行く ☐ 自己判断で都合の良い日に行く ☐ その他　（　　）
3	医師から指示されている療養期間	☐ 令和　　年　　月 ごろまで ☐ 未定 ☐ その他　（　　）
4	請求期間の体調について（自覚症状等を詳しく記入）	**詳細に記入**
5	請求期間の症状の経過	☐ 良くなっている　　☐ 少し良くなっている　　☐ あまり変わらない ☐ 少し悪くなっている　　☐ 悪くなっている ☐ その他　（　　）
6	請求期間の日常生活の状況（複数回答可）	☐ 1日中横になっている　　☐ 1日のうち、（　　）時間程度横になっている ☐ 横になるほどの状態ではない　　☐ TVやネットを見たり、ラジオを聴く ☐ 新聞や本を読む　　☐ 家族や友人等と会話をする　　☐ 家事をする ☐ 散歩する　　☐ 友人のところ、ショッピング、スポーツジム等に行く ☐ その他　（　　）
7	請求期間に何か体を動かす事をしましたか	☐ 全くしていない　　☐ 近所を散歩する程度　　☐ ジョギングなどの軽い運動 ☐ スポーツジムに行っている ☐その他　（　　）
8	いつ頃から仕事に就く事ができそうですか	☐ 令和　　年　　月 頃 （ 令和　　年　　月　　日 より就労予定） ☐ 未定

今回の傷病手当金申請期間　令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日（合計　　日間）
における療養・日常生活状況等、（別紙）受診内容について上記のとおり、相違ありません。

令和　　年　　月　　日　記入した日
当健康保険組合加入時の健康保険の記号-番号　　記号＿＿＿＿　番号＿＿＿＿
氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿

サンリオ健康保険組合　2026.4

（別紙）今回の傷病手当金の請求期間中の受診内容について

この用紙は、受診日ごとに1枚記入し、全ての受診日について提出してください。

9	受診内容 （複数回答可）	受診日（令和　　年　　月　　日） ☐ 診察　☐ 服薬　☐ 検査 ☐ その他　（ ） 受診日を記入 □は、該当するものに必ず☑ その他☑の場合は(　)に内容を必ず記入
10	診察について、医師から言われた内容を記入してください	詳細に記入
11	服薬について	☐ 薬を処方され指示通り服用している 薬の名前と服用の指示内容を記入してください ☐ 薬は処方されていない 処方しないことについて、医師と話し ☐ 薬を処方されるが服用していない 理由を記入してください。 □は、該当するものに必ず☑をし、 ☑した箇所には、必ず詳細を記入してください。 ☐ その他　（ ）
12	9で検査を選択した方は、検査内容を記入してください	詳細に記入
13	9でリハビリを選択した方は、リハビリの内容について記入してください	詳細に記入
14	療養にあたり、医師からの指示内容	☐ 就労してはいけない ☐ 軽作業なら就労してよい ☐ 何も指示されていない ☐ その他　（ ） □は、該当するものに必ず☑
15	医師から言われた1日の過ごし方について	医師から言われたことを記入してください 詳細に記入
16	医師と話したことがあれば記入してください。 (今後の治療方針等)	詳細に記入、ない場合は無しと記入
17	9にて請求期間内に受診が１日もない場合、その理由を記入してください	詳細に記入