

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(症状等)1/2

今般、傷病手当金を申請する症状等は以下のとおりです。

提出日 平成 年 月 日

氏名・生年月日	⑩				昭和 平成	年	月	日生(	歳)													
被保険者証 記号・番号	記号			番号																		
現住所・電話番号 (療養中の連絡先)	〒 電話番号 ( )																					
具体的な業務の内容																						
傷病名																						
発病または負傷の原因 および負傷場所	発病の原因(分かる範囲で記入してください)																					
	負傷、外傷の原因、負傷場所(必ず記入してください)																					
現在の症状 (詳細に記入してください)																						
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																						
病院のかかり方 (〇印をしてください)	平成 年 月 日現在 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 6.通院していない																					
	上記で5. または6. と答えた方は医師の指示ですか。 イ. 指示 ロ. その他 理由を記入してください																					
受診日について (〇印をしてください)	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く 4.薬がなくなると行く																					
診療日 (今回の請求期間のうち診療 日に〇印をしてください)	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										
障害年金	受給している、もしくはしたことがある 1. ある 2. ない (あるの場合、裁定通知書の写しを添付)																					
	受給期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 今後、障害年金の受給手続きをするつもりが 1. ある 2. ない																					
老齢年金を受給されている方 はご記入ください。 (裁定通知書の写しを添付)	老齢年金の名称								年金額/年													
	初回受給年月日								基礎年金番号													
	年金証書等に記載の年金コード・記号番号・番号のいずれか																					

※請求者が家族の場合はご記入ください。

記入者名

本人との関係

連絡先 住所 〒

電話番号

( )

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(生活状況)2/2

請求期間中の平均的な生活状況は下記のとおりです。

提出日 平成 年 月 日

氏名・生年月日		印				昭和 平成						年 月 日生( 歳)	
被保険者証 記号・番号		記号			番号								
5時													
6時													
7時													
8時													
9時													
10時													
11時													
12時													
13時													
14時													
15時													
16時													
17時													
18時													
19時													
20時													
21時													
22時													
23時													
24時													
1時													
2時													
3時													
4時													