

常務理事	事務長		

療養生活状況申立書

(記入日の状況ではなく、傷病手当金を申請する期間について記入すること)

申立期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 令和 年 月 日記入

記号	番号			被保険者氏名			(印)																																						
住所・電話		TEL ()																																											
申立者と記入者が違うとき		記入者氏名				申立者との関係																																							
傷病で 休み始める 前の状況 ※(初回のみ記入)	仕事内容																																												
	1か月あたりの勤務日数	日	1日あたりの勤務時間	時間																																									
	健康状態																																												
病気・ケガの状況	病院へのかかり方	1. 毎日受診		3. 1か月に _____ 回 受診																																									
		2. _____ 日 おきに受診		4. その他()																																									
	医師からの生活における注意事項																																												
	体の調子(自覚症状)																																												
療養生活	身体障害の有無及びその内容	言葉の障害	有・無	(具体的に)																																									
		身体のマヒ	有・無	上肢マヒ (右・左)	その他 ()																																								
				下肢マヒ (右・左)																																									
	精神の障害	有・無	(具体的に)																																										
薬の服用	区分	医師からの処方		市販薬		その他()																																							
	服用回数	1日 _____ 回		朝・昼・夜・就寝前・その他()																																									
安静時間	1日 _____ 時間																																												
毎日の生活状況	(具体的に)																																												
平均的な一日の生活状況	<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24																			
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24																											

* 服薬されている場合、薬局でもらわれるお薬手帳の写か薬の説明書(明細内訳)の写を添付してください。