

《資格喪失者用》

療養状況等報告書及び同意書

※資格喪失者(退職者)の場合は在籍時の記号・番号をご記入下さい。

被保険者 記号	被保険者 番号	請求者氏名
------------	------------	-------

以下は傷病手当金請求書の請求期間における状況を記入(「○」印、必要事項記入)して下さい。

①通院回数、頻度	1. 1ヶ月に 回程度 2. 1週間に 回程度 3. その他 4. 未受診→【3.4.は裏面に理由を記載してください】
②受診、治療の状況	1. 受診のみ 2. 服薬のみ 3. 受診と服薬
③受診日の決め方	1. 自分で判断して都合の良い日に行く 2. 医師に指示された日に行く 3. 薬がなくなったら行く 4. その他()
④医師から指示されている療養期間について	1. 年 月頃まで 2. その他()
⑤療養する上で医師から指示されていること	()
①毎日の過ごし方について(複数回答可)	1. 1日中横になっている 2. 1日のうち()時間程度横になっている 3. 横になるほどの状態ではない 4. パソコンやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする 5. 新聞読んだり、読書をしたりする 6. 家族と会話する 7. 家事をする 8. 散歩する 9. 外出する 10. アルバイトをする 11. その他()
②療養中の生計維持について	1. 貯金を使っている 2. 家族に援助してもらっている 3. その他()
①現在の就労について	1. 仕事をしている(アルバイトも含む) 2. 仕事をしていない
②上記①で1と回答 ・いつ頃から ・どんな仕事をしているか ・一ヶ月当たりの収入額 ・在職中に担当していた通常の業務内容	年 月頃から 仕事内容() 円/月 ※給与明細書等のコピーを同封してください。 ()
①請求期間中に加入している健康保険について 右欄に記載するか、コピーを同封してください	1. 国民健康保険 2. 健康保険組合(本人・家族) 3. 全国健康保険協会(本人・家族) 4. その他() 保険者名 () 保険者番号() 記号() 番号()
②年金について	1. 現時点での受給は無い 2. 年金を請求する予定である(年 月を予定) 3. 年金を受給中である 障害年金・老齢厚生年金・共済年金・その他()年金
③雇用保険(失業保険)について	1. 手続きは何もしていない 2. 申請して受け取っている 受給期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 3. 申請したが受け取っていない 申請日(年 月 日) 4. 療養のため延期申請をしている 申請日(年 月 日)

(退職後も当組合で引き続き傷病手当金を受給する場合、傷病手当金請求書の他に本報告書の提出が必要です)

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる以上の報告（加入状況及び関係書類）について東宝健康保険組合が、該当機関に照会し情報提供を受けることに同意致します。

年 月 日

東宝健康保険組合 理事長殿

氏名

印