

健康保険 傷病手当金請求書(退職後の継続給付)

1 2 3 4

療養担当者(医師)記入用

療養を担当した医師の記入欄	① 被保険者氏名									
	② 傷病名									
	③ 発病または負傷の原因(具体的に記載)									
	④ 発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	平成 令和	年	月	日
	⑤ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(日間)								
		上記期間中の診療実日数	日	転帰	令和 年 月 日 治癒・継続・中止・転医					
	⑥ 上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(日間)								
	⑦ 傷病の主症状及び経過概要 ※明瞭な文字でご記入をお願いいたします。判読不能な場合、確認のため申請処理が遅れることがあります。	(1)上記期間中における「主たる病状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)								
		(2)症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見								
	人工透析または人工臓器等を装着したときは以下欄を記入ください									
⑧ 人工透析実施または人工臓器装着日	昭和・平成・令和 年 月 日									
⑨ 人工臓器等の種類	ア:人工肛門 イ:人工膀胱 ウ:人工関節 エ:人工骨頭 オ:心臓ペースメーカー カ:人工透析 キ:その他()									
うえのとおり相違ありません										
医療機関所在地	〒 ー ー ー ー ー ー 令和 年 月 日									
医療機関名称										
医師氏名	Ⓜ									
Tel	ー ー ー ー ー ー									

※上記証明欄の日付は、「労務不能と認められた期間」が終了した後の日付で作成・発行ください
 ※訂正がある場合は医師が二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名(サイン)を記入してください。
 ※病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

健康保険 傷病手当金請求書(退職後の継続給付)

退職者記入用

① 在職中の被保険者証の記号・番号	—	② 被保険者氏名	
③ 現在加入されている健康保険	() 健康保険 全国健康保険協会 () 支部 国民健康保険 () 市区町村 スタンレー電気健康保険組合以外の健康保険に加入している場合の必要書類 A.健康保険資格情報のお知らせ(写)、もしくはマイナポータルの資格情報のお知らせ画面の印刷のいずれか1つ B.以下④の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の「領収書」(写)		被保険者・被扶養者
④ 傷病手当金の申請期間と診療実日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (診療実日数 日)		
⑤ ④の診療実日数が月に0~1日だった場合の理由			
⑥ 雇用保険の受給状況	<input type="checkbox"/> 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 給付を受けた 令和 年 月 日~令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない <input type="checkbox"/> 受給期間延長の申請をした ⇒(※「受給期間延長通知書」の写しを添付)		
⑦ 雇用保険の傷病手当給付について	<input type="checkbox"/> 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 給付を受けた 令和 年 月 日~令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない		
⑧ 受診状況	<input type="checkbox"/> 毎日受診している <input type="checkbox"/> 週に () 日受診している <input type="checkbox"/> 月に () 日受診している		
⑨ 医師の指示通り薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 時々服用している⇒理由: <input type="checkbox"/> 服用していない ⇒理由: <input type="checkbox"/> 薬の処方がない		
⑩ 日中の過ごし方(最も近いものを1つ選んでください)	<input type="checkbox"/> 日常生活が普通にできた <input type="checkbox"/> 時々散歩する程度で、ほとんど家で過ごしていた <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできたが、一日中家にいた <input type="checkbox"/> 最低限のことはできたが、1日中 時間程度横になっていた <input type="checkbox"/> 身の回りのことも、家人の手助けが必要で、一日中横になっていた		
⑪ その他、毎日どのように過ごしていますか？(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 読書をする <input type="checkbox"/> 手紙・日記などを書く <input type="checkbox"/> テレビなどを見る <input type="checkbox"/> 談話をする <input type="checkbox"/> 買い物に出かける <input type="checkbox"/> 散歩⇒ 1日 回 分程度 <input type="checkbox"/> 軽度の仕事をしている(どのような)		
⑫ 医師からの就労に関する説明	<input type="checkbox"/> 継続して治療が必要で就労はできない <input type="checkbox"/> 症状は軽快しているが、しばらく経過観察が必要 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から就労可能 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑬ 現在の体調・自覚症状(具体的に記入してください)			
⑭ 医師から指示された療養上の注意事項			
⑮ 上記期間中に市販薬等を服用していた場合は、薬名と服用状況を記入			

健康保険 傷病手当金請求書 (退職後の継続給付)

1 2 3 4

退職者記入用

① 在職中の被保険者証の記号・番号		—		② 被保険者氏名	
-------------------	--	---	--	----------	--

提出書類(スタンレー電気健康保険組合以外の健康保険に加入している場合、提出が必要)

- A. 「健康保険資格情報のお知らせ」(写)、またはマイナポータルの「資格情報のお知らせ画面」の印刷物
いずれか1点
- B. 前ページ④の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の「領収書」(写)

※ここに必要書類のコピーをホチキス
またはのりで添付してください