療養状況・日常生活状況報告書（退職者用）

記入例

●この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしています。
・今回請求する請求期間において全ての事項に漏れなくご記入ください。
・添付、記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により傷病手当金の支給ができません。

記　入　日	被保険者氏名	在職時または任継の被保険者証の記号・番号
令和　4　年　3　月　1　日	**健保　太郎**	100　―　1234

今回の傷病手当金請求期間	令和　4　年　2　月　1　日 ～　令和　4　年　2　月　28　日

今回の傷病手当金請求期間における状況を必ず記入（□印に✓を入れ、必要事項は記入）してください。
＜任意継続被保険者は２ページ目のみご記入をお願いします。＞

療養について	医療機関への受診状況	☑ １ヶ月に　4　回　☑ １週間に　1 回　☑ その他（　**体調が悪くなったら**　） ☐ 受診していない
	受診日の決め方	☑ 自分で判断して都合の良い日に行く ☐ 主治医の指示通り ☐ 薬がなくなったら行く ☐ その他（　　）
	受診と治療の内容	☐ 受診のみ　☑ 受診と服薬　☐ 服薬のみ　☐ その他（　　） １．治療内容 問診／検査（内容：　**日々の生活状況、体調や薬の効き目などの問診**　） 処置（内容：　**なし**　） レントゲン（内容：　**なし**　） ２．薬の服用は、医師の指示通り行っていますか？ ☐ 行っている ☑ 行っていない（理由：　**回復傾向にあるため、自分で調整している**　） ☐ 薬の処方はない
	医師からの療養に関する指導について	１．安静について ☐ １日中安静にしているよう指示されている ☐ 適度に安静にするように指示されている ☑ その他（　**体調が良いときは、外出することを勧められている**　） ２．食事療法について ☐ 受けている ☐ 受けていない ☑ その他（　**塩分を取りすぎないように言われている**　） ３．運動について ☐ 運動は禁止されている ☐ 軽い運動を勧められている ☑ その他（　**軽いストレッチなど少しでも体を動かすように言われている**　） ４．医師から療養上指導を受けていることを記入ください。 （　**睡眠前には入浴や暗めの照明にして眠りやすい環境を作るように言われている**　）
	自　覚　症　状	**日によって睡眠時間が異なる。たまに夜、不安が増大することがあり、落ち着かない。 外に出るのが億劫であったが、犬の散歩をきっかけに徐々に外へ出るのが気持ちよくなってきた。**

◆提出先・照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp

ＪＡＳＴ健康保険組合(2023.8)

日常生活について	毎日の過ごし方について （複数回答可）	☐ 仕事・アルバイトをしている（何らかの収入を得る行動をしている） ☐ 普通の日常生活ができる ☑ ほとんど家にいるが時々、散歩程度の外出をする ☐ 身の回りのことはできるが一日中家にいる ☐ 身の回りのことはかろうじてできるがほとんど横になっている ☐ 身の回りのことはできず介助が必要な状態 ☑ その他（ **たまに両親が世話をしている家庭菜園の水やりをしている** ）
収入状況について	（**「仕事・アルバイトをしている」と回答した方へ**） 詳細な就労状況	令和　　年　　月　　日から 勤務時間：　１日に　　時間、　　日程度 仕事内容：
	雇用保険（失業給付）について（※）	☐ １．手続きは何もしていない ➡雇用保険離職票１,２のコピーまたは離職票の交付を受けてない方は 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書を添付してください ☐ ２．受給している 受給期間　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 ➡雇用保険受給資格者証の全ページのコピーを添付ください ☐ ３．申請したが、受給していない 申請日　令和　　年　　月　　日 ➡雇用保険受給資格者証の全ページのコピーを添付ください ☑ ４．療養のため、延長申請をしている 申請日　令和　4　年　2　月　15　日 ➡雇用保険受給期間延長通知書のコピーを添付ください
その他	現在加入している 健康保険について （※）	◆現在加入している健康保険の被保険者証／被扶養者証（健康保険証）のコピーを貼付または添付してください。【任意継続被保険者は除く】 貼　付 本人（被保険者）　令和〇年〇月〇日　交付 健康保険被保険者証　記号　100　番号　1234　枝番　00 氏名　健保（ケンポ）　太郎（タロウ） 性別　男 生年月日　平成〇年〇月〇日 認定年月日　令和〇年〇月〇日 保険者所在地　〇〇〇〇〇〇〇〇　〇丁目〇番〇号 保険者番号・名称　〇〇〇〇〇〇〇〇　〇〇〇〇健康保険組合

（※）２回目以降については、前回提出の状況から変化が生じた場合にのみご記入ください。

【注意】

状況によっては、療養状況の調査（聞き取り等）をさせていただきます。

【退職後の支給要件】　①と②を両方満たす場合にのみ支給対象となります。

① 資格を喪失した日の前日まで継続して1年以上被保険者であったこと
（任意継続被保険者及び共済組合の組合員であった期間は含まれません）

② 退職日当日に傷病手当金の支給を受けている（報酬との調整により支給されない場合を含む）こと

◆提出先・照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp