

療養状況・日常生活状況報告書（退職者用）

パーソルキャリア健康保険組合

- 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 年 月 日				—	
今回の傷病手当金請求期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 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。 <u><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。></u>					
療 養 に つ い て	医療機関への受診状況	☐ 1ヶ月に 回 ☐ 1週間に 回 ☐ その他（ ） ☐ 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： ） 処置（内容： ） レントゲン（内容： ）			
		2. 薬は、医師の指示通り服用していますか？ ☐ 指示通り服用している ☐ 服用していない（理由： ） ☐ 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（ ） 2. 食事療法について ☐ 受けている ☐ 受けていない ☐ その他（ ） 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（ ） 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。 （ ）				
自 覚 症 状					

