

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(症状等)1/2

今般、傷病手当金を申請する症状等は以下のとおりです。

提出日 平成 年 月 日

氏名・生年月日	①				昭和	年	月	日生(	歳)
被保険者証 記号・番号	記号				番号				
現住所・電話番号 (療養中の連絡先)	〒 電話番号 ( )								
具体的な業務の内容									
今回請求されている 傷病手当金の傷病名 (複数の場合は全て記入)									
今回の傷病手当金の 請求期間	平成 年 月 日から				( 日間)				
発病または負傷の原因 および発生場所	平成 年 月 日まで								
申請期間中の症状 (詳細に記入してください)									
入院通院状況	平成 年 月 日現在 入院 1. している( 月 日~) 2. していない 通院 1. している( 回/月位) 2. していない								
療養の状況	医師から受けている療養についての指導、注意等  投薬があるときは、投薬されている薬剤名								
医療機関名	住所 〒  名称  医師名								
障害年金	受給している、もしくはしたことがある 1. ある 2. ない (あるの場合、裁定通知書の写しを添付) 受給期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 今後、障害年金の受給手続きをするつもりが 1. ある 2. ない								
老齢年金を受給されている方 はご記入ください。 (裁定通知書の写しを添付)	老齢年金の名称				年金額/年				
	初回受給年月日				基礎年金番号				
	年金証書等に記載の年金コード・記号番号・番号のいずれか								

※請求者が家族の場合はご記入ください。

記入者名

本人との関係

連絡先 住所 〒

電話番号 ( )

傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(生活状況)2/2

請求期間中の平均的な生活状況は下記のとおりです。

提出日 平成 年 月 日

氏名・生年月日		⑧				昭和	年	月	日生(	歳)
被保険者証 記号・番号		記号			番号					
5時										
6時										
7時										
8時										
9時										
10時										
11時										
12時										
13時										
14時										
15時										
16時										
17時										
18時										
19時										
20時										
21時										
22時										
23時										
24時										
1時										
2時										
3時										
4時										