療養生活状況申立書

（記入日の状況ではなく、傷病手当金を申請する期間について記入すること）

事務長・次長	部長・代理	課長・代理	係　　長	係	決裁

申立期間　H・R　　年　　月　　日～H・R　　年　　月　　日分　　令和　　年　　月　　日記入

記号	番号			被保険者氏名	㊞
住所・電話		TEL（　　）　　－			
申立者と記入者が違うとき	記入者氏名		申立者との関係		
傷病で休み始める前の状況	仕事の内容				
	1ヶ月あたりの勤務日数	日	1日あたりの勤務時間	時間	
	健康状態				
病気・ケガの状況	病院へのかかり方	1. 毎日受診　　3. 1ヶ月に＿＿回受診 2. ＿＿日おきに受診　　4. その他（　　）			
	医師からの生活においての注意事項				
	体の調子（自覚症状）				
療養生活の状況	身体障害の有無及びその内容	言葉の障害	有・無	（具体的に）	
		身体のマヒ	有・無	上肢マヒ　（右・左）　その他 下肢マヒ　（右・左）	
		精神の障害	有・無	（具体的に）	
	薬の服用	区　分	医師からの処方　市販薬　その他（　　）		
		服用回数	1日＿＿回　朝・昼・夜・就寝前・その他（　）		
	安静時間	1日＿＿時間			
	毎日の生活状況	（具体的に）			
	平均的な一日の生活状況	6　7　8　9　10　11　12　13　14　15　16　17　18　19　20　21　22　23　24			