

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	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

申立期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日: 平成 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																																								
	医師からの生活における注意事項	2. _____日おきに受診		4. その他 ()																																								
	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																																							
		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	<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td> </tr> <tr> <td>—</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>—</td> </tr> </table>					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	—																			—
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24																										
—																			—																									