傷病手当金申請にかかる状況報告書

被保険者証 記号－番号	－	被保険者 氏　　名	
具体的な 業務内容	休職前（退職した方は在籍中）の**具体的な業務内容**を、詳しくお書きください。		

療養の状況について、記入および○印をつけてください。

傷　病　名		
療養のために 休んだ期間	（請求期間） 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日	
受診状況	通院・入院 ⇒ １．医師から指示された日に行く　２．自分の都合のよい日に行く ３．薬が無くなると行く　４．症状が悪化すると行く ５．その他（　　）	
入院した日 又は 外来受診日	月	1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12　13　14　15 16　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31
	月	1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12　13　14　15 16　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31
医療機関等での治療内容についてお書きください	薬をもらう、カウンセリングを受ける、○○のリハビリ、○○の検査等	
お薬は１回に何日分もらっていますか	１．　　日分 ２．もらっていない⇒（もらっていない理由　　）	
医師から、どのような指示や注意を受けていますか		

身体の状況について、記入および○印をつけてください。

申請期間中の 身体の状態、自覚症状等について詳しくお書きください	身体の状態や自覚症状
	自宅での療養内容
	具体的にどのような業務に支障がでますか
現在の身体の状態について、詳しくお書きください	
いつ頃から復職できそうですか	１．　　月　　日頃から就労予定　２．　　月　　日から就労中 ３．その他（　　）

記入日　　令和　　年　　月　　日