傷病手当金状況説明書（A）（退職後初回申請用）

日本事務器健康保険組合

退職後の期間の傷病手当金を初めて申請される方は、回答欄に記入（該当項目に〇印）し、傷病手当金支給申請書に添付してください。また、設問の回答に応じて書類を添付してください。

1. 医師から日常生活をするうえで、どのような点に注意するよう言われていますか。

回答（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 医師から言われている療養見込期間はいつ頃までですか。
	1. 令和　　年　　月頃まで、　　　② 聞いていない、　　　　　③ 不明
2. 今回の申請期間において、医師の診察はどれくらいの頻度で受けましたか。
	1. 1ヶ月に（　）回　、　②（　）ヶ月に1回、　③ 入院
3. 自覚症状など、体調はいかがですか。

回答（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. どのような日常生活を送っていますか。

回答（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. いつ頃労務可能な状態になると思われますか。
	1. 平成　　年　　月頃　、　②　不明
2. 退職時に会社から離職票の交付を受けていますか。

　はい　　・　　いいえ　　（「はい」の方は8.にご回答ください。）

1. 雇用保険受給期間延長の手続きをされますか。または既に手続きをされましたか。

　はい　　・　　いいえ

→　○「はい」の方は「離職票1・2」と雇用保険受給期間延長通知書」の写しを添付してください。

　　○「いいえ」と答えた方は「離職票1・2」の写しを添付してください。

　　　　　　　　　【注意事項】傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません。

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

　　　保険証記号番号　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印