傷病手当金状況説明書（B）（退職後2回目以降申請用）

日本事務器健康保険組合

退職後の期間の傷病手当金を2回目以降申請される方は、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。

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. 今回の申請期間において、医師からお薬は処方されましたか。

はい　　・　　いいえ

　　　　○「はい」と答えた方は、以下の項目に記入してください。

　　　　　ア.処方された日数　　　（1処方あたり）　　　　　　日分

1. 処方された薬品名
2. 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. 令和　　　年　　　月頃　、　②　不明

　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