

## 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○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( )
2. 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
3. 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
4. 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  
イ. 処方された薬品名 [ ]
5. 自覚症状など、体調はいかがですか。  
回答( )
6. どのような日常生活を送っていますか。  
回答( )
7. 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