療養・日常生活状況　報告書（在職期間用）　（第　　回目）

〇本報告書は、毎回の提出が必要です。（傷病手当金の請求書に添付して下さい）
※ 添付もれ・記入もれのがある場合は支給できません
※ 万が一、虚偽申告が判明した場合は、支給した傷病手当金の返還請求を行います

1	今回の傷病手当金請求期間	年　月　日　～　年　月　日	
2	請求期間の内、当傷病で医療機関へ通院（入院）した日を〇で囲んで下さい	対象月	カレンダー
		年　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
3	治療内容について 該当番号に〇を入れ、（　）内に必要内容を記入して下さい	1. 診察 2. 投薬：1回受診で（　　）日分を処方された（※投薬なしの場合は（０）を記入） 3. 検査内容： 4. 処置（指示）内容：	
4	当疾病の診療で、傷病手当金の証明をした医療機関（病院）以外の受診について	1. 受診中である（医療機関名：　　最終受診年月　年　月） 2. 1の医療機関に今後も受診予定がある　予定受診年月　年　月） 3. 受診する予定はない 4. 受診していない	
5	服薬について（該当番号に〇）	1. 指示通り服用　2. 時々飲まないことがある　3. 飲まない事が多い 4. 飲んでいない　5. その他	
6	自覚症状について *ご自身の症状をできるだけ具体的に記入下さい		
7	日常生活について （該当番号に〇・複数回答可）	①1日中横になっている　②1日のうち（　）時間位、横になっている ③寝ていなければならないほどではない　④テレビを見たり、ラジオを聴いたりしている ⑤新聞を読んだり、読書をしている　⑥屋外に出て、散歩をしたりする ⑦家族、知人と談話する　⑧その他（　）	
8	症状の経過（該当番号に〇）	1. よくなっている　2. 少しよくなっている　3. あまりかわらない　4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている　6.　その他（　）	
9	労働災害保険の申請をしましたか	した　・　していない　※「した」場合は、労働基準監督署から発行された書類をご提出ください	
10	年金について	1. 受給中である⇒年金証書のコピーを添付下さい。 2. 1.の医療機関に今後も受診予定がある　（予定受診年月　年　月） 3. 請求する予定はない	

ジェイティ健康保険組合　理事長　殿

上記のとおり回答いたします。　　年　　月　　日

住　　所：

電話番号：

氏　　名：　　（※本人署名）