

## 療養・日常生活状況報告書 ～被保険者の方へ～

ベネッセグループ健康保険組合

在職中、1年以上継続して健康保険の被保険者期間（任意継続被保険者期間は除く）がある方が退職する際、退職日において傷病手当金を受けられる状態にあるときは、退職後も引き続き、同様（同傷病）の給付を受けることができます。

ただし、退職後2カ月経過後の申請から、毎回「療養・日常生活状況報告書」の記載・添付が義務付けられます。

（退職後は会社・団体の管理下を離れますので、事業主証明・医療機関での診療内容が確認できないため）

なお、初回のみ、「同意書」の記載・添付が必要です。（医療機関等へ照会させていただく場合があるため）

該当の方には、健保組合からご案内します。

記載・添付がない場合には、傷病手当金は支給できませんのでご了承ください。

### 【ご案内】

該当の方へは、健保組合から支給決定通知書送付の際、必要書類を同封いたします。

足りない場合は、こちらのホームページからダウンロードしてご使用いただけます。

### 【提出先】

傷病手当金申請書に添付し、直接、ベネッセグループ健康保険組合へ提出。

### 【留意点】

- 「療養・日常生活状況報告書」はもれなく記載ください。
- 現在加入している健康保険（国民健康保険）の情報は、現在の治療状況を医療保険者へ照会させていただく際に必要です。
- 調剤薬局でお薬をもらわれている場合は、請求期間分の「処方薬剤説明書（明細書）写し」の添付があるとお薬に関する部分は記載省略できます。
- 添付もれ、記入もれ、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。
- 初回に提出いただいた「同意書」により、支給決定にあたって、医療機関（医師）・医療保険者・ハローワークへ照会確認させていただくこともあります。

### 【その他】

- 「控え」が必要な場合は事前にコピーをとっておいてください。  
健保組合ではコピーをとることができません。
- 健保組合への問い合わせは、必ず、「被保険者証の記号・番号・氏名」で照会ください。

## 療養・日常生活状況 報告書

今回請求する傷病手当金請求期間において、下記事項に回答してください。

この報告書は、各会社・団体退職後2カ月を超えた請求期間分から、**毎回**添付いただきます。(必須)

**添付もれ・記入もれ・虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。** もれの無いよう、記入してください。

(第 回目)

<b>退職後</b> に加入している健康保険の「名称」・「保険者番号」および、「記号」・「番号」 <small>※治療状況を加入保険者へ照会する際に必要です。</small>	名称	〇〇健保△△支部	保険者番号	013300××
	記号	1000	番号	99999
( ) 被保険者(本人・世帯主)として加入 (○) 被扶養者(家族)として加入				
<b>今回の傷病手当金請求期間</b>	平成27年12月1日 ~ 平成27年12月31日			
請求期間の内、当傷病で医療機関へ通院(入院)した日を○で囲んでください。 <small>※カレンダーが足りない場合は、続紙を貼付してください。</small>	対象月	カレンダー		
	27年12月	1・2・ <b>3</b> ・4・5・6・7・8・9・ <b>10</b> ・11・12・13・14・15		
		16・ <b>17</b> ・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・ <b>31</b>		
	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		
就労することについて、医師から指示された事項 (該当番号に○)	1. 絶対就労してはいけない ( ) 2. <b>軽作業なら就労してよい</b> (○) 3. 何も指示されていない ( ) 4. その他( )			
治療内容について 該当番号に○を入れ、( )内に必要内容を記入。	1. 注射・・・受診毎 ( )日に1回 2. <b>投薬</b> ・・・1回の受診で ( )日分処方 朝 ( <b>2</b> )種類 ・ 昼 ( <b>2</b> )種類 ・ 夜 ( <b>3</b> )種類 服用 (朝：投薬名：フスコデ、ムコダイン ) (昼：投薬名：フスコデ、ムコダイン ) (夜：投薬名：フスコデ、ムコダイン、クラリス ) ※調剤薬局でお薬をもらわれている場合、 <b>傷病手当金請求月分の、「処方薬剤説明書(明細書)」</b> のコピーを添付いただけると、「2」の記載は省略可能です。 3. 検査(内容： ) 4. 処置(内容： ) 5. レントゲン(部位： )			
服薬について (該当番号に○)	1. <b>指示どおり服用</b> (○)      2. 時々飲まないことがある 3. 飲まないことが多い      4. 飲んでいない 5. その他( )			

調剤薬局でお薬をもらわれた場合、その調剤薬局の名称	所在地： <u>岡山</u> 県 <u>岡山</u> 市 名称： <u>〇〇調剤薬局</u> ※「処方薬剤説明書（明細書）」のコピー添付の場合は、上記の記載は省略可能です。（ただし、コピーに上記内容の記載があること）
日常生活について (該当番号に○・複数回答可)	1. 1日中横になっている。 2. 1日のうち、( ) 時間くらい横になっている。 3. <input checked="" type="checkbox"/> 寝ていなければならないほどではない。 4. <input checked="" type="checkbox"/> テレビをみたり、ラジオを聴いたりしている。 5. <input checked="" type="checkbox"/> 新聞を読んだり、読書をしたりしている。 6. 友人のところ、ショッピング、スポーツジム等に行く。 7. 近場に出て、散歩をしたりする 8. <input checked="" type="checkbox"/> 家族と談話する 9. その他 ( )
症状の経過 (該当番号に○)	1. <input checked="" type="checkbox"/> よくなっている。                      2. 少しよくなっている。 3. あまり変わらない。                      4. 少し悪くなっている。 5. 悪くなっている。 6. その他 ( )
身体が良くなれば就労する 意思がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 有                      ・                      無
退職後、ハローワークへ求職 の申し込みをし、既に、失業 給付を受給している。	<input checked="" type="checkbox"/> している                      ・                      していない 「している」に○の場合はいつからですか。 <u>平成27年12月ごろから</u>
ハローワークへは、傷病によ る失業給付受給延長の申請 をしている。	している                      ・ <input checked="" type="checkbox"/> していない
現在、アルバイト等、軽い就 労をしている。	<input checked="" type="checkbox"/> している                      ・                      していない 「している」に○の場合はいつからですか。 <u>平成28年 1月 5日から</u>
今後、就労することが決定し ている。	している                      ・ <input checked="" type="checkbox"/> していない 「している」に○の場合はいつからですか。                      _____年 月 日から

ベネッセグループ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり回答いたします。

平成28年 1月31日

〒×××-××××

住 所：岡山県岡山市〇〇〇

電話番号：086-△△△-△△△△

氏 名：健保 太郎

印