

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

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ヵ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・医療機関の診療報酬明細書が確認できないため）

【ご案内】

該当の方へは、健保組合から、必要書類を送付します。

【提出先】

傷病手当金申請書に「療養・日常生活状況報告書」を添付し、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」はもれなく記載してください。
- 調剤薬局でお薬をもらっている場合は、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」は、支給決定にあたり、医療保険者・医療機関（医師）・ハローワークへ照会確認させていただくために必要です。

【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ヶ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)

現在 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」 ※治療状況を加入保険者へ照会する際に必要です。	名称	〇〇健保△△支部	保険者番号	0 1 3 3 0 0 × ×
	記号	1 0 0 0	番号	9 9 9 9 9
	() 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			
今回の傷病手当金請求期間	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。 ※カレンダーが足りない場合は、続紙を貼付してください。	対象月	カレンダー		
	24年12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		
	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. 軽作業なら就労してよい (○) 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. 投薬 ・・・1回の受診で () 日分処方 朝 (2) 種類 ・ 昼 (2) 種類 ・ 夜 (3) 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、 <u>傷病手当金請求月分の、「処方薬剤説明書(明細書)」のコピーを添付いただくと、「2」の記載は省略可能です。</u> 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. 指示どおり服用 (○) 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 県 岡山 市</u> 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 (該当番号に〇・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。 <input checked="" type="radio"/> 3. 寝ていなければならないほどではない。 <input checked="" type="radio"/> 4. テレビをみたり、ラジオを聴いたりしている。 <input checked="" type="radio"/> 5. 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 <input checked="" type="radio"/> 8. 家族と談話する 9. その他 ()
症状の経過 (該当番号に〇)	<input checked="" type="radio"/> 1. 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="radio"/> 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="radio"/> している ・ していない 「している」に〇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="radio"/> 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="radio"/> している ・ していない 「している」に〇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="radio"/> していない 「している」に〇の場合はいつからですか。 <u>平成 年 月 日から</u>

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