

療養状況・日常生活状況報告書 <資格喪失者用>

下記の通り相違ありません		記載日	令和	年	月	日
1.現住所	〒					
2.氏名		3.電話番号	- -			

療養状況

4.通院の仕方 (該当に○か記入)	ア.自転車 エ.人に乗せてもらって自動車	イ.電車・バス オ.徒歩	ウ.自分で運転する自動車 カ.その他( )
5.受診状況 (該当に○か記入)	ア.毎日通院 エ.月に( )回通院	イ.週に( )回通院 オ.その他( )	ウ.入院
6.受診内容	ア.診察のみ イ.投薬のみ	ウ.診察と投薬	エ.その他( )
7.医師から療養についてどのような指示を受けていますか？			
8.現在の状態はいかがですか？(自覚症状などを詳しく)			

日常生活状況

9.症状の経過	ア.良くなっている エ.少し悪くなっている	イ.少し良くなっている オ.悪くなっている	ウ.あまり変わらない カ.その他( )
10.毎日の過ごし方について (複数回答可)	ア.1日( )時間ほど横になっている。イ.一日中横になっている。 ウ.横にならなければならないほどの状態ではない。 エ.散歩する 1日( )回( )分程度 オ.家事など軽作業をする( ) カ.読書 キ.運動 ク.仕事(アルバイト) ケ.テレビ・ラジオ・携帯電話・インターネットなど コ.家族・友人と談話 サ.その他( )		
11.医師から指示されている療養見込期間は？	①令和 年 月頃まで ②その他( )		
12.請求期間令和 年 月 日～ 年 月 日までの病気に対する治療状況、投薬名と服用状況を該当箇所に○と出来るだけ詳しく記入してください。なお、今回請求期間分の医療機関の診療報酬明細書と調剤薬局の薬剤明細書のコピーを必ず添付してください。			
1.受診内容 A.診察 B.検査 C.処置			
2.受診日(該当日の数字を○してください) 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.投薬 ( )日分 ( )種類 処方			
4.投薬名・服用状況			
13.退職後の状況 (該当に○か記入)	ア.失業給付の申請をしている→( ・受給中 ・令和 年 月から受給予定 ) イ.失業給付延長の申請をしている ウ.障害年金を( 請求・受給 )している		
14.現在加入している健康保険 保険証の種類 [ ]国民健康保険・健康保険組合 全国健康保険協会[ ]支部 [ ]共済組合[ ]支部 記号[ ] 番号[ ] 被保険者名[ ] 被保険者との続柄[ ]			
15.傷病手当金に係る給付をうけるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の給付区分に関する 情報につき、コーセー健康保険組合が医療保険者に認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。  傷病手当金請求者氏名(自署)			

注意事項:傷病手当金の支給にあたって必要な書類です。出来るだけ詳しく書いてください。  
後日、担当医療機関及び、申請者に調査にお伺いする場合がありますので、正確にご記入ください。  
コーセー健康保険組合