

退職者療養・日常生活等状況報告書

記入した日： 年 月 日

この報告書は健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。
尚、正当な理由なく提出されなかった場合、健康保険法121条により保険給付の全部または一部が支給されないことがあります。

記号

番号

氏名

印

連絡先

※下記の通り相違ありません。

退職日以降も引き続き傷病手当金を請求される場合に、傷病手当金請求書と一緒に提出をお願い致します。

*各項目について、該当の箇所に○印、もしくはご記入をお願い致します。

医師から日常生活をするうえでどのような指示をうけていますか	
通院回数	月に 回 その他()
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 年 月頃まで ② 聞いていない ③ 現状では分からない
医師からお薬は処方されましたか	① はい ② いいえ ※「はい」と答えた方は処方された薬名を記入してください()
日常生活について	① 一日中横になっている ② 一日のうち()時間は横になっている ③ 横にならなくてもよい ④ テレビ視聴等娯楽を楽しむ ⑤ 家族と話をする ⑥ 食事は3食きちんとする ⑦ 外出(散歩)をする ⑧ 仕事をしている ⑨ その他()
現在加入している健康保険はどちらですか	① 国民健康保険 ② 健康保険組合(組合名: 健康保険組合) ③ 全国健康保険協会(協会健保) ④ その他()
障害年金 (①か②該当項目に○をつけて下さい)	① 受給中である ⇒年金証書のコピーを提出願います。 ② 請求中である (裁定請求した年月 年 月)
老齢厚生年金 (①か②該当項目に○をつけて下さい)	① 受給中である ⇒年金証書のコピーを提出願います。 ② 受給していない (理由:)
雇用保険(失業給付) (①～③該当項目に○をつけて下さい)	① 受給している ⇒受給期間(年 月 日～ 年 月 日) ② 受給していない (理由:) ③ 療養のため延長申請をしている(申請日 年 月 日) ⇒雇用保険受給期間延長通知書のコピーを添付してください