

※この報告書は、請求の都度、1カ月毎に1枚記入し請求書に添付してください。  
必ず両面記入してください。

## 療養・日常生活状況報告書(退職者・任意継続被保険者用)

【必ずお読みください】

- ・ この書類は、健康保険法第59条に基づき提出をお願いしております。
- ・ 添付もれ、記入もれ、虚偽申請の場合は傷病手当金の支給ができません。
- ・ 記入された内容について、後日詳細をお聞きしたり、追加資料をお願いすることがあります。
- ・ 必要に応じて、関係諸機関（医療機関の担当医師、以前加入の健保組合等）に照会する場合があります。

関西電力健康保険組合 御中

下記のとおり、報告いたします。

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 記入日： 年 月 日 | 氏名：  | 被保険者証 記号一番号<br>(任意継続被保険者ではない方は、在職中の番号が<br>分かれば記入してください)<br><br>6 1 4 8 - |
| 今回の請求期間    | 年 月 日～   | 年 月 日  |
| 1 通院回数について | <input type="checkbox"/> 1ヶ月に 回 <input type="checkbox"/> 1週間に 回<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 受診していない (理由： )   |  |
| 2 受診日について  | 請求期間の内、当傷病で医療機関へ通院（入院）した日に○をしてください<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| 3 受診日の決め方  | <input type="checkbox"/> 自分で判断している <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く<br><input type="checkbox"/> 主治医の指示通り <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |
| 4 治療内容について | <input type="checkbox"/> 注射 受診毎 ・ ( ) 日に1回<br><input type="checkbox"/> 投薬 1回の受診で ( ) 日分処方されている<br>朝 ( 処方薬品名： )<br>昼 ( 処方薬品名： )<br>夜 ( 処方薬品名： )<br>その他 ( )<br>調剤薬局名：<br><input type="checkbox"/> 検査 (内容： )<br><input type="checkbox"/> 処置 (内容： )<br><input type="checkbox"/> レントゲン (部位： )<br><input type="checkbox"/> カウンセリング 30分未満 ・ 30分以上<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 5 服薬について   | <input type="checkbox"/> 指示通り服用している<br><input type="checkbox"/> 時々服用している (理由 )<br><input type="checkbox"/> 服用していない (理由 )   |  |
| 6 症状の経過    | <input type="checkbox"/> よくなっている <input type="checkbox"/> 少しよくなっている<br><input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている<br><input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |
| 7 療養の見込期間  | <input type="checkbox"/> 年 月頃まで<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |

＜お願い＞  
薬を処方されている場合は  
傷病手当金請求月に処方され  
た薬の  
「処方薬剤明細書」または  
「お薬手帳」のコピーを  
添付してください。

裏面に続きます≫

|                   |   |
|-------------------|---|
| 8 日常生活の状況         | <input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができた<br><input type="checkbox"/> ときどき散歩に出るくらいで、ほとんど家の中にいた<br><input type="checkbox"/> 身の回りのことはできたが、1日中家の中にいた<br><input type="checkbox"/> 身の回りのことはかろうじてできたが、ほとんど寝ている<br><input type="checkbox"/> 身の回りのことも家族の介助が必要な状態<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 9 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してください  |
| 10 就労について         | ①現在の就労について（アルバイト・軽作業を含む）<br><input type="checkbox"/> 仕事をしている<br>いつから ( )<br>仕事内容 ( )<br><input type="checkbox"/> 仕事をしていない   |
|                   | ②医師からどのように聞いていますか<br><input type="checkbox"/> 継続して就労は無理である<br><input type="checkbox"/> 症状は軽快しているが、しばらく様子を見る<br><input type="checkbox"/> 年 月 日から就労可能である<br><input type="checkbox"/> 軽作業なら就労してよい<br><input type="checkbox"/> 何も指示されていない<br><input type="checkbox"/> その他 ( )               |
| 11 就労の意志          | ①身体が良くなれば就労する意志がありますか？<br><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない   |
|                   | ②いつ頃からどんな仕事に就くことができそうですか？<br>年 月頃から<br><input type="checkbox"/> 休む前にしていた仕事 仕事内容：<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 12 雇用保険(失業給付)について | <input type="checkbox"/> 受給手続き中である<br><input type="checkbox"/> 給付を受けている<br><input type="checkbox"/> 給付の申請を行っていない<br><input type="checkbox"/> 受給延長の申請をしている   |
| 13 年金について         | ①障害年金<br><input type="checkbox"/> 受給中 →必ず年金証書のコピーを添付してください<br><input type="checkbox"/> 請求中または請求の予定がである<br><input type="checkbox"/> 請求の予定はない   |
|                   | ②老齢年金<br><input type="checkbox"/> 受給中 →必ず年金決定通知書等のコピーを添付してください<br><input type="checkbox"/> 請求中または請求の予定がである<br><input type="checkbox"/> 請求の予定はない   |
| 14 現在加入健康保険       | <input type="checkbox"/> 関西電力健康保険組合の任意継続<br><input type="checkbox"/> 上記以外<br>名称： 記号 番号<br>被保険者名 被保険者との続柄  |