

療養状況・日常生活状況調査票

聖隷健康保険組合

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(請求期間)の状況について、出来るだけ詳しく記入してください。不明な点がありますと健康保険組合から伺う場合があります。

日常生活について (複数回答可)	起床・・・時 分頃 就寝・・・時 分頃	睡眠時間 (時間程度)	
	1. 一日中横になっている 2. 一日のうち()時間くらい横になっている・理由() 3. ほとんど横になっていない 4. テレビを見たり、ラジオを聴いている ()時間くらい 5. 近所や友人のところへ遊びに行く ()時間くらい 6. 新聞を読んだり、読書をしたりする ()時間くらい 7. 起床して家族と談話する ()時間くらい 8. 家事をする ()時間くらい 9. その他 ()時間くらい		
傷病手当金をもら い 始めるまでの 状況	あなたの職種 () あなたの職位 ()	仕事の内容を具体的にご記入ください	
	一日の就労時間 時 分から 時 分まで 合計 時間		
医師から指示されて いる療養見込期間	1. 令和 年 月 (上・中・下) 旬頃まで 2. その他()		
療 養 上 医 師 から 注意されている事項			
就労することにつ いて医師から指 示されている事項	1. 絶対就労してはいけない 2. 軽作業なら就労してもよい 3. 何も指示されていない 4. 転職をしたほうがよい ()ため無理 5. 症状から見て将来就労する ことは無理 6. 就労することは可能だが		
*下記の太枠部分は、医師より、就労指示が出ている場合のみご記入ください。			
身体が良くなれば 就労する意思が ありますか	有 1. 元の職種 2. 職種変更 無 理由()	いつ頃からどんな仕事につく ことができそうですか	年 月頃から 職種 ()
今回の病気に 至った原因を理 解していますか	1.理解している 2.どちらともいえない 3.あまり理解していない		
連 絡 状 況	現在の症状等を連絡する際、どなたに連絡していますか 所属 氏名 所属 氏名 連絡の頻度 月(回) 週(回) 連絡していない 連絡者 本人 ・ 家族() ・ その他() 連絡の方法 1.電話 2.面談 3.手紙 4.その他()		

上記のとおり申し立てます。 令和 年 月 日
住 所

氏 名
聖隷健康保険組合 理事長様

* この調査票は、傷病手当金の支給決定及び療養支援の参考にするものです。
* お問い合わせは、聖隷健康保険組合 電話 053-413-3323 までお願いします。