

※傷病手当金の受給中に退職し、退職後に初めて請求する際に添付してください。

傷病手当金に係る就労状況等申立書

この申立書は、傷病手当金を支給するうえで参考としますので、正確に記入してください。
また、身体障害等により自筆ができないときに限って、ご家族の方等による代筆でも構いません。

組合員氏名		生年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日	元所属所	
退職後、 加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合の任意継続組合員 <input type="checkbox"/> 家族が加入している健康保険の被扶養者 <input type="checkbox"/> 自分が健康保険(協会けんぽ・健康保険組合等)に加入している		
年金受給の有無	<input type="checkbox"/> あり(退職・老齢, 障害, 遺族) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 請求中もしくは請求予定		

●在職中はどのような仕事をしてきたか、具体的に記入してください。

--

●現在はどのような症状か、またどのように日常生活を送っているか、具体的に記入してください。

《症状について》 (通院の頻度や体調の変化など)
《日常生活について》 (家での過ごし方、外出の頻度、家族や知人との関わり方など)

(裏面に続きます。)

●現在の就労状況を記入してください。

就 労 し て い る	仕 事 の 内 容	
	出 勤 日 数	前月 _____日 , 前々月 _____日
	仕事中や就労後の 身体の調子	
就 労 し て い な い	該当する理由の 記号を○で 囲んでください。	ア 医師から就労することを止められているため イ 医師は就労しても良いというが自分の意に合う職がないため ウ その他 ()

上記のとおり申し立てます。

年 月 日

住所 _____

申立人 氏名 _____ 印

※自署の場合は、押印不要です。

続柄 _____ (代筆の場合に記入)

電話番号 () -