療養状況等報告書

今回の申請期間：　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

申請期間の療養状況等について支給決定の参考にしますので、下記の設問全てにご回答ください。

①申請期間中の医療機関への受診頻度について	入院中	毎日受診	1ヶ月に　　日
	その他（　　）		
②医師の指示に従った服薬をしていますか。 ※いいえの場合は理由を記入してください。	はい	いいえ	薬の処方なし
	理由（　　）		
③医師から説明されている就労について ※就労可能な場合は支給対象外です。	要治療の為、就労不可	改善傾向だが就労不可	
	令和　　年　　月　　日　から就労可能		
	その他（　　）		
④就職活動（アルバイト等含む）の時期について ※就職活動とは・ハローワークに求職申込 ・求人企業への応募 ・派遣会社への登録　など	令和　　年　　月　　日　から活動中		
	令和　　年　　月　　日　から活動予定		
	未定	その他（　　）	

⑤雇用保険から失業給付を受給していますか。	はい	いいえ	申請中
⑥障害厚生（基礎）年金または障害手当金を受給していますか。	はい	いいえ	請求中
⑦老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい	いいえ	請求中

⑧身の回りの世話をしてくれている方について ※同居人・介助人がいない場合は、不在と記載してください。	氏　名	
	連絡先	

⑨申請期間中に加入している健康保険について

下記のいずれかを貼付してください

・資格情報のお知らせ（写し）

・資格確認書（写し）

・マイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報（ＰＤＦ）

※保存日時が申請日より１ヶ月以内のもの

※当健保を任意継続している場合は、貼付不要

貼付欄

・記載事項が確認できるよう貼付してください

・欄より大きい場合は裏面に貼付してください

上記のとおり相違ありません。また、内容について関係機関に照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

氏　名

［継続給付ご希望の方へ］

・申請書ごとにこの療養状況等報告書を添付してください。

・退職後の初回申請時には雇用保険受給期間延長通知書（写し）を添付してください。
　なお、雇用保険受給期間延長通知書の手続きについてはハローワークにお問い合わせください。
　また、延長通知書を取得できない方は、健康保険組合にご連絡ください。

・資格喪失後の給付は継続給付であるため、医師の証明が無い期間は支給ができません。
　また、１日でも支給できない期間があると支給期間が中断され、その後の期間は申請できません。

・傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません。

・障害厚生（基礎）年金・障害手当金および老齢年金は傷病手当金の給付調整の対象となります。

・傷病手当金は受給額によって健康保険の被扶養者に認定されない場合があります。

首都圏デジタル産業健康保険組合

療養状況等報告書

今回の申請期間： 令和　○　年 ○○ 月 ○○ 日　～　令和　○　年 ○○ 月 ○○ 日

申請期間の療養状況等について支給決定の参考にしますので、下記の設問全てにご回答ください。

①申請期間中の医療機関への受診頻度について	入院中	毎日受診	1ヶ月に　2　日
	その他（　　）		
②医師の指示に従った服薬をしていますか。 ※いいえの場合は理由を記入してください。	はい	いいえ	薬の処方なし
	理由（　　）		
③医師から説明されている就労について ※就労可能な場合は支給対象外です。	要治療の為、就労不可	改善傾向だが就労不可	
	令和　年　月　日　から就労可能		
	その他（　　）		
④就職活動（アルバイト等含む）の時期について ※就職活動とは・ハローワークに求職申込 ・求人企業への応募 ・派遣会社への登録　など	令和　年　月　日　から活動中		
	令和　年　月　日　から活動予定		
	未定	その他（　　）	

⑤雇用保険から失業給付を受給していますか。	はい	いいえ	申請中
⑥障害厚生（基礎）年金または障害手当金を受給していますか。	はい	いいえ	請求中
⑦老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい	いいえ	請求中

⑧身の回りの世話をしてくれている方について ※同居人・介助人がいない場合は、不在と記載してください。	氏　名	健保　花子
	連絡先	○○○－○○○○－○○○○

⑨申請期間中に加入している健康保険について

下記のいずれかを貼付してください

・資格情報のお知らせ（写し）

・資格確認書（写し）

・マイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報（ＰＤＦ）

※保存日時が申請日より１ヶ月以内のもの

※当健保を任意継続している場合は、貼付不要

貼付欄

・記載事項が確認できるよう貼付してください

・欄より大きい場合は裏面に貼付してください

上記のとおり相違ありません。また、内容について関係機関に照会することに同意します。

令和　○　年 ○○ 月 ○○ 日

氏　名　　健保　太郎

［継続給付ご希望の方へ］

・申請書ごとにこの療養状況等報告書を添付してください。

・退職後の初回申請時には雇用保険受給期間延長通知書（写し）を添付してください。
なお、雇用保険受給期間延長通知書の手続きについてはハローワークにお問い合わせください。
また、延長通知書を取得できない方は、健康保険組合にご連絡ください。

・資格喪失後の給付は継続給付であるため、医師の証明が無い期間は支給ができません。
また、１日でも支給できない期間があると支給期間が中断され、その後の期間は申請できません。

・傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません。

・障害厚生（基礎）年金・障害手当金および老齢年金は傷病手当金の給付調整の対象となります。

・傷病手当金は受給額によって健康保険の被扶養者に認定されない場合があります。

首都圏デジタル産業健康保険組合