

日常生活状況報告書（退職者用）の提出について

東京ドーム健康保険組合

在職中、1年以上継続して健康保険の被保険者期間（任意継続被保険者期間は除く）がある方が退職する際、退職日において傷病手当金を受けられる状態にあるときは、退職後も引き続き同様（同傷病）の給付を受けることができます。

ただし、退職後2ヶ月経過の申請から、**毎回「日常生活状況報告書」の記載・添付が必要です。**
これらの添付が無い場合には、傷病手当金は支給できません。

【提出先】

傷病手当金請求書に添付し、東京ドーム健康保険組合へ提出。

【留意点】

- 「日常生活状況報告書」は、もれなく記載してください。
- 現在加入している健康保険証情報は、現在の治療状況を医療保険者へ照会させていただく際に必要です。
- 傷病手当金と失業保険は同時に受給できません。
- 添付もれ、記入もれ、虚偽申告の場合、傷病手当金は支給できません。
不明な箇所は主治医に確認して記入してください。
- 支給にあたって、医療機関（医師）・医療保険者・ハローワークへ照会確認させていただくこともあります。

【その他】

- 「控え」が必要な場合は、事前にコピーをとっておいてください。

以 上

療養・日常生活状況報告書(退職者用) この報告書は毎回添付頂きます。(必須)

今回の請求期間	年 月 日～ 年 月 日
通院回数について	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に 回 <input type="checkbox"/> 1週間に 回 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受診していない (理由:)
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 <input type="checkbox"/> 主治医の指示通り <input type="checkbox"/> その他 ()
治療内容について	<input type="checkbox"/> 注射 受診毎 () 日に1回 <input type="checkbox"/> 投薬 1回の受診で () 日分処方されている 朝 (処方薬品名:) 昼 (処方薬品名:) 夜 (処方薬品名:) その他 () ※調剤薬局で発行された請求月分の「処方薬剤説明書(明細書)」のコピー添付で薬品名の記載は省略可能です <input type="checkbox"/> 検査 (内容:) <input type="checkbox"/> 処置 (内容:) <input type="checkbox"/> レントゲン (部位:) <input type="checkbox"/> カウンセリング 30分未満 ・ 30分以上 <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬について	<input type="checkbox"/> 指示通り服用している <input type="checkbox"/> 時々服用している (理由) <input type="checkbox"/> 服用していない (理由)
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 <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他 ()
療養の見込期間	<input type="checkbox"/> 年 月頃まで <input type="checkbox"/> その他 ()
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができる <input type="checkbox"/> 身の回りのことは出来るが1日()時間位横になっている <input type="checkbox"/> 近所への散歩に出るくらいで家の中にいる <input type="checkbox"/> 身の回りのことも家族の介助が必要な状態 <input type="checkbox"/> 通院以外は、1日中家の中にいる <input type="checkbox"/> その他
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
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) <input type="checkbox"/> 仕事をしている いつからか・仕事内容 () <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 <input type="checkbox"/> 絶対就労してはいけない <input type="checkbox"/> 軽作業なら就労してよい <input type="checkbox"/> 症状は軽快しているが、しばらく様子を見る <input type="checkbox"/> 何も指示されていない <input type="checkbox"/> 年 月 日から就労可能である <input type="checkbox"/> その他 ()
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? <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? 年 月頃から <input type="checkbox"/> 休む前にしていた仕事(仕事内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()
現在加入健康保険	<input type="checkbox"/> 東京ドーム健康保険組合の任意継続 <input type="checkbox"/> 上記以外 名称: 記号 番号 被保険者名 被保険者との続柄

【留意事項】

- 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。

東京ドーム健康保険組合 御中

上記のとおり、回答いたします。

年 月 日記載

氏 名

住 所

電話番号