

療養状況等についての申告書

* この申告は退職された方の傷病手当金の支給に関し、必要な調査事項です。傷病手当金請求期間の状況についてもれなく記入し、請求ごとに提出してください。

退職時の 記号 _____ 番号 _____	氏名 _____ (_____ 歳)	
退職前の勤務の内容 (職種、作業内容等具体的に)		
傷 病 名		
傷病又は負傷の原因		
傷病手当金の請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
上記期間について医療機関に受診した日に○印を付けてください。	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
受診しなかった場合はその理由を詳しく記入してください。		
傷病手当金請求期間中の症状 (具体的に詳しく記入してください)		
療 養 状 況 (治療内容、医師からの療養指導等を記入してください)		
老齢年金・障害年金等の受給について	1. 有 (老齢・障害・その他) ※年金証書又は年金振込通知書の写しを必ず添付してください。 (年金を請求された年金事務所の名称 _____ 県 _____ 年金事務所)	
	2. 請求中 _____ 請求年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	3. 無 (理由) _____	
雇用保険の手続き (受給期間等)	1. _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 受給者番号 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで _____ 日間 ¥ _____	
	2. 無 (理由) _____	
居住区の職業安定所	県 _____ 市 _____ 職業安定所 Tel (_____) _____ - _____	