

家庭における療養状況報告書

(旧)健康保険証の記号・番号		氏名	⑩
労務不能期間・(診療実日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	日間・(日間)	
医師の診療を受けなかった理由 (受けることができなかった理由)			
自覚症状について (詳しく記入してください)			
服用・使用した薬名・用量			
療養における医師の指示			
家庭において、どのように療養したか できるだけ詳しく記入してください			
上記労務不能期間中に 加入している健康保険	(国保・社会保険・共済保険・家族の扶養・その他) 該当箇所に○をつけてください 健康保険の名称、その他の場合はその理由 ()		
現在働いていますか	(いいえ ・ はい) 該当箇所に○をつけてください ※はいの場合は… ・勤務先名称 () ・職種 () ・仕事内容 () ・勤務開始年月日 () ・勤務形態 (正社員・パートやアルバイト) 該当箇所に○をつけてください		

※医師の診療を受けなかった理由(受けることができなかった理由)は、裏面の【注意事項】に当てはまる方のみご記入ください。

【注意事項】

傷病手当金は、業務外の病気やけがの療養のため仕事を休み給料を受けられない期間の生活の安定と労働力の早期回復を図ることを目的として支給される給付金です。

健康保険法第99条では「被保険者が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金を支給する」となっていることから、医師が定期的（最低毎月1回）に診察したうえで療養のため労務不能であると判断した傷病手当金申請書の医師証明の内容により、保険者（健康保険組合）は給付の支給可否を判断します。

したがって、診療実日数が次の①②にあたる場合は、医師による診察がない、若しくは定期的は診察がない状態で労務不能の証明をされていることから、医師の意見欄のみでは療養のため労務不能状態であったか否かの判断ができません。

つきましては、表面の「医師の診療を受けなかった理由」欄を必ずご記入いただき、その内容も含めたうえで、総合的に支給可否の判断をさせていただきます。

なお、医師に2~3か月に1度の受診でよいと指示され、毎月1回の診察がない方も次のケースに当てはまる方になりますので、表面の「医師の診療を受けなかった理由」欄に受診頻度や次の来院予定日などの記入をお願いします。

<傷病手当金申請書の労務不能期間中の診療実日数について>

- ① 診療実日数が 0 日 の場合
- ② 1か月以上の労務不能期間で診療実日数が毎月1日以上ない場合