

療養・日常生活状況報告書（退職者用）の提出について

アステラス健康保険組合

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、退職日以降の申請から、毎回傷病手当金請求書とともに「療養・日常生活状況報告書（退職者用）」の記載・添付が必須となります。もし、この書類の添付が無い場合には、支給の可否判断が行えないため傷病手当金は支給できませんので必ず添付ください。

【提出先】

「傷病手当金請求書」に「療養・日常生活状況報告書（退職者用）」を添付し、アステラス健康保険組合へ郵送ください。

住所：103-8411 東京都中央区日本橋本町2-5-1

アステラス健康保険組合 傷病手当金担当窓口

【留意点】

- 「療養・日常生活状況報告書（退職者用）」は、もれなく記載してください。
- 初回申請時に署名いただいた「同意」欄への署名により、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。
- 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、記入もれの場合、傷病手当金は支給できません。
- 虚偽申告の場合、後日返還請求をさせていただく場合があります。
- 現在加入している保険者情報（記号・番号）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。

【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	
請求期間内、当傷病で医療機関へ通院した日を○で囲んで下さい	対象月	カレンダー
	年 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
	年 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 (処方薬品名:) <small>※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</small> <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)	
医師から受けている療養上の指示・注意事項	できるだけ具体的に記入してください	
日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 普通の日常生活ができています <input type="checkbox"/> ほとんど家にいるが時々、散歩程度の外出をする <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが一日中家にいる <input type="checkbox"/> 身の回りのことはかろうじてできているがほとんど横になっている <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできず介助が必要な状態 <input type="checkbox"/> その他 ()	
自覚症状について	ご自身の現在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 (アルバイトやパート・軽作業を含む) <input type="checkbox"/> 仕事をしている 開始時期: (年 月から) 勤務時間: (1日 時間、週に 日程度) 仕事内容: () <input type="checkbox"/> 仕事をしていない (<input type="checkbox"/> 求職活動をしている <input type="checkbox"/> 求職活動をしていない) ※求職活動とは求人を確認し、応募や面接を受けることを指しています	
	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 ()	
現在加入健康保険	<input type="checkbox"/> アステラス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。
 - ・ 記入漏れの場合は健康保険法第121条により、虚偽申告の場合は同第120条により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等）に照会する場合があります。

年 月 日記載 氏名(自署)

アステラス健康保険組合 殿 住 所

上記のとおり、回答いたします。 電話番号