

傷病手当金状況説明書 (A)

三菱UFJニコス健康保険組合

退職後の期間の傷病手当金を初めて請求される方は、回答欄に記入（該当項目に○印）し、傷病手当金請求書に添付してください。また、設問の回答に応じて書類を添付してください。

1. 医師から日常生活をするうえで、どのような点に注意するよう言われていますか。
回答（ ）
2. 医師から言われている療養見込期間はいつ頃までですか。
① 令和 年 月頃まで、 ② 聞いていない、 ③ 不明
3. 今回の申請期間において、医師の診察はどれくらいの頻度で受けましたか。
① 1ヶ月に（ ）回、 ②（ ）ヶ月に1回、 ③ 入院
4. 自覚症状など、体調はいかがですか。
回答（ ）
5. どのような日常生活を送っていますか。
回答（ ）
6. いつ頃労務可能な状態になると思われますか。
① 令和 年 月頃、 ② 不明
7. 退職時に会社から離職票の交付を受けていますか。
はい ・ いいえ （「はい」の方は8.にご回答ください。）
8. 雇用保険受給期間延長の手続きをされますか。または既に手続きをされましたか。（傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません）
はい ・ いいえ
→ ○「はい」の方は「離職票1・2」と「雇用保険受給期間延長通知書」の写しを添付してください。
○「いいえ」と答えた方は「離職票1・2」の写しを添付してください。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

記号・番号 ー

被保険者氏名