

傷病手当金状況説明書 (B)

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2回目以降請求される方は、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。

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. 今回の申請期間において、医師からお薬は処方されましたか。

はい ・ いいえ

○「はい」と答えた方は、以下の項目に記入してください。

ア. 処方された日数 (1 処方あたり) _____ 日分

イ. 処方された薬品名 []

5. 自覚症状など、体調はいかがですか。

回答（ ）

6. どのような日常生活を送っていますか。

回答（ ）

7. 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

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

記号・番号 —

被保険者氏名