**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 1617 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 1617 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 1617 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(　　　 )　　　-　 |

愛鉄連健康保険組合　業務課　（052）461-6131　　　　　　　　　　　　　　　　令和１年5月1日改