

ふくおかICT健康保険組合 殿

「傷病手当金申請に伴う症状の経過等についての回答書」

健康保険証の記号・番号	氏 名	生 年 月 日
		平成 年 月 日
傷病名		

傷病手当金の初回申請に伴い、症状の経過と現在の生活状態及び休職前の勤務状況について回答します。

1. 発病時、また今までどのような状態であったか、詳しく記入してください。 いつごろからどのような症状がありましたか。 朝は何時頃起床されますか。夜は何時頃就寝されますか。また、よく眠れていますか。 食事は朝昼晩規則正しく取れていますか。 通院以外での外出はどの程度されていますか。(買い物、散歩等)
2. 休職される以前の勤務状況について教えてください。 お仕事の内容を教えてください。 超過勤務や休日出勤が頻繁にありましたか。(過去半年～1年程度で月にどの程度ありましたか。)

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名