

療養状況等調査票兼同意書

あなたの療養の状況について、以下、ご回答ください。

氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -		

1. 療養のため仕事を休んだ期間

※今回申請する傷病手当金請求書に記入した期間と同じであること

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2. 上記1の期間中、医療機関にかかった月を記入し、日付に○印をつけてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

3. 上記2の医療機関名と担当医師氏名

医療機関名 担当医師氏名

4. 退職後、会社から離職票（雇用保険）の交付がありましたか。

はい ・ いいえ

5. 上記4が「はい」の方は、公共職業安定所で雇用保険受給手続きをされましたか。

はい ・ いいえ

6. 上記5が「はい」の方は、「雇用保険受給資格証のコピー」または、「受給期間・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付延長通知書のコピー」を必ず添付してください。

※ 同意書 ※

私の「傷病手当金請求書」また、「本調査票」の記載内容について、
大王製紙健康保険組合が各関係機関に対し、確認・書類等請求を行うことに、同意します。
尚、本紙の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日
氏名

大王製紙健康保険組合