# 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（該当項目に〇印）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
   → 〇「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。
   〇「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

保険証記号番号　　－

被保険者氏名