

日常生活状況申立書

※労務不能期間中の診療実日数0だった場合はこちらの申立書の提出が必要となります。

| | | | |
|---|---|----|---------------|
| 保険証の記号・番号 | | 氏名 | |
| 傷病名 | | | |
| 仕事の内容 | | | |
| 請求期間 | 年 | 月 | 日 ~ 年 月 日 |
| 前回受診日 | 年 | 月 | 日 |
| 次回受診予定日 | 年 | 月 | 日 ※未定の場合は記載不要 |
| 1. 上記の期間、仕事を休んでいる理由について、できるだけ詳しくご記入ください。 (医師等から指示された事項があればご記入ください。) | | | |
| 2. 上記の期間、毎日どのように過ごしていましたか。できるだけ詳しくご記入ください。 | | | |
| 3. 現在の身体の状況について該当するものを○で囲んでください。 ア. 普通の日常生活ができる。 イ. ほとんど家の中にいるが、時々散歩にでる。 ウ. 身の回りのことはできるが、一日中家にいる。 エ. 身の回りのことはかろうじてできるが、一日中寝ている。 オ. 身の回りのこともできず、常に他人の介助が必要で一日中寝ている。 | | | |
| 4. 仕事を休んでいる間、通院し治療を受けている日が少ないのはなぜですか。 | | | |