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。）

被保険者等記号・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。

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。