傷病手当金状況説明書（Ｂ）［退職後初回申請用］

退職後の期間の傷病手当金を初めて申請される方は、回答欄に記入（該当項目に○印）し、傷病手当金支給申請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。

設　問		回　答　欄
1	医師から日常生活をする上で、どのような点に注意するよう言われていますか。	
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。	ア.　　年　　月頃まで　　イ．聞いていない　　ウ．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。	ア．１ヵ月に（　　）回　　イ．（　　）ヵ月に１回 ウ．入院
4	自覚症状など、体調はいかがですか。	
5	どのような日常生活を送っていますか。	
6	いつ頃労務可能な状態になると思われますか。	ア.　　年　　月頃　　イ．不明
7	①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」と答えた方は、設問7－②をご回答ください。
	②雇用保険受給期間延長の手続きをされますか。又は既に手続きをされましたか。	はい　・　いいえ ●「はい」と答えた方は、「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。 ●「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。
8	①現在、障害厚生（基礎）年金又は障害手当金を受給していますか。	はい（対象疾病：　　）　・　いいえ ●「はい」と答えた方は、以下の書類を添付してください。 ① 受給原因の傷病名の分かる書類（障害者手帳等）の写し ② 「年金証書」の写し ③ 直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写し ●「いいえ」と答えた方は、設問8－②をご回答ください。
	②今後、障害厚生（基礎）年金又は障害手当金の受給手続きをされる予定ですか。	はい（　　年　　月頃手続予定）　・　いいえ ●「はい」と答えた方は、手続後に以下の書類を送付してください。 ① 受給原因の傷病名の分かる書類（障害者手帳等）の写し ② 「年金見込額照会回答票」の写し ●「いいえ」と答えた方は理由を記入してください。 （　　）
9	＜60歳以上の方へ＞ 現在、老齢厚生（基礎）年金を受給していますか。	はい　・　請求中　・　いいえ ●「はい」と答えた方は、直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写しを添付してください。 ●「請求中」と答えた方は、「年金見込額照会回答票」の写しを添付してください。 ●「いいえ」と答えた方は理由を記入してください。 （　　）

【注意事項】

○傷病手当金と雇用保険失業給付の併給はできません。

○障害厚生（基礎）年金又は障害手当金は、在籍中と退職後いずれの傷病手当金とも調整され、老齢厚生（基礎）年金は、退職後の傷病手当金のみ調整されますので、年金を受給することになった場合は、速やかに組合へご連絡ください。
なお、事後調整により、支給した傷病手当金の全部又は一部を返還いただくことがあります。

○年月日は元号でご記入ください。

上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日

被保険者証 記号-番号　　－

被保険者氏名

R4.1 三井健康保険組合