［任意継続・退職者傷病手当金請求用］

症状の経過及び日常生活に関する申立書

１．療養中の症状経過（食欲、発熱、浮腫、息切れ、疲労感等を具体的に書いてください）

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

２．日常の起居動作及び自用（該当するものを選んでどれか１つに○を付けてください）

	発病前と同じに１人でできる	人に手伝ってもらえばできる	全くできない
食事を摂る		○	
寝床から起き上がる		○	
用便		○	
履物をはく		○	
衣服の着脱		○	
人と会話ができる		○	

３．生活能力の程度（該当するものを選んでどれか１つを○で囲んでください）

（１）無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同様にふるまえる。

（２）軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが歩行軽労働や座業はできる。例えば事務など。

（３）歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもある。軽労働はできないが、日中の大半は起居している。

（４）身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の大半は就床している。

（５）身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

上記のとおり申し立てます。

平成○○年　５　月　１　日

住所　○○市○○１－２－３

氏名　共済　太郎　（共済）

（注）１．この申立書は、傷病手当金受給者の日常生活について申し立て、支給の資料といたしますので、正確に詳しく記入してください。

２．本人が執筆できない場合は、代筆でも差し支えありません。

３．症状が改善し、労務に服することができるようになった場合は、元所属所の共済事務担当者又は奈良県市町村職員共済組合保険課（電話０７４４－２９－８２６４）まで連絡ください。