日常生活・療養状況申立書

年　月　日から　　年　月　日までのことをご本人がくわしくご記入下さい。

(記入日　　年　　月　　日)

被保険者の記号・番号	－	氏　名	
現　住　所	〒　　－		
1.仕事の内容 (退職者については以前勤務していたときの)			
2.医師に診てもらった日を○印で囲んでください。	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 / 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	○印のもの　　日	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 / 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	○印のもの　　日	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 / 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	○印のもの　　日	
3.どのような治療を受けていましたか。	1.注射を打ってもらう(受診日に1回) 2.薬をもらう1回に　粉(錠)　　日 水　薬　　日分 ぬり薬　　日	3.売薬等で治療していた場合 薬名 量 4.その他	
4.療養について医師からどのような注意を受けましたか。			
5.請求書に証明を受けた医療機関以外で受診された場合は、その医療機関名・所在地と通院日数	医療機関名 医療機関所在地 通院日数　　日		
6.医師に診てもらっていない場合はその理由			
7.どんな体の調子でしたか。 (自覚症状等) また働くことができなかった主な原因はなんでしたか。	(くわしくご記入下さい)		
8.毎日の生活状況 (該当番号を○印で囲んでください。)	1. 絶対安静 2. 1日横になっていた 3. 1日　　時間くらい横になっていた 4. 安静時間をとっていた(午前　　時間・午後　　時間) 5. 無理をしない普通の生活をしていた 6. 家の軽い仕事をしていた 7. その他〔　　〕		
9.受診状況 (該当番号を○印で囲んでください。)	通院日数　1.　　日おきに受診していた　2.　　ヶ月かに　　回受診していた 通院方法　1. 徒歩　2. 自家用車(3. 自身の運転　4. 家族等の運転) 5. タクシー等　6. バス　7. 電車　8. その他(　　)		
10.いつ頃から労務に従事できそうですか。	年　　月　　日頃から		

2026.2 改

ここからは事業主様（事務担当者等）がご記入ください。

11. 上記期間中の事業所から本人への対応	□面会をした。 □電話連絡をした。 □その他（メール・身内との面談・【　　】） □特になし。
12. その時の本人の状況はいかがでしたか	
13. 産業医、カウンセラー等について	産業医（いる・いない） カウンセラー（いる・いない） その他（　　）
14. 産業医、カウンセラー等からの意見	□あり 内容 （　　） □なし
15. 今後の復帰見込について	

（記入日　　年　　月　　日）

上記について相違ありません

事業所住所

事業所名

事業主名　　印

ご担当者名

2026.2 改