



<p>症状について (1 ヶ月を 振り返って)</p>	<p>健康状態(自覚症状・気分の変化等)：</p> <p>睡眠状態：</p> <p>平均睡眠時間：_____時間</p> <p>療養状況・活動状況(どこでどのように過ごしていたかなど具体的に)：</p> <p>外出の有無・頻度等：</p>
<p>就労予定</p>	<p><input type="checkbox"/>再就職が決まった(_____年_____月_____日から) <input type="checkbox"/>通院しながら仕事を探している</p> <p><input type="checkbox"/>未定(理由：_____)</p>
<p>雇用保険受給 状況について (失業給付)</p>	<p><input type="checkbox"/>受給中(_____年_____月_____日から)→雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください</p> <p><input type="checkbox"/>受給予定(_____年_____月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>受給延長申請済み→受給期間延長通知書のコピーを添付してください</p> <p><input type="checkbox"/>受給延長予定(_____年_____月頃申請予定)</p> <p><input type="checkbox"/>受給しない</p>
<p>同意書</p>	<p>ナイスグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記の内容に相違ございません。</p> <p>また、健康保険法に基づく傷病手当金の審査にあたり、ナイスグループ健康保険組合が関係諸機関(事業主・後加入保険者・年金事務所・医療機関及び担当医師等)に対して必要な情報の照会を行うこと、および関係諸機関がナイスグループ健康保険組合に回答することに同意します。</p> <p>なお、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名(自署)</p>