

がん・肝炎・糖尿病・指定難病などを治療中の方 **治療しながら仕事を続ける・探す**

社会保険労務士

出張相談会

労務管理と社会保険制度の専門家からアドバイスが受けられます

ご相談ください

治療のために休職するか退職するかを悩んでいる

休職したら退職を促されるのではないかと

復職や退職時に上司・事業所に自分の要望をうまく伝えたい

健康保険・老齢年金・障害年金などの社会保障制度について

場所:がん相談支援センター(E棟1階コーヒーショップの奥)

日時:毎月第4水曜日または木曜日
13時・14時・15時 各1名ずつ

予約制となっておりますので、相談を希望される方は裏面の申込書に記入していただき、下記にてお申し込みください。当日はソーシャルワーカーが同席いたします。

開催日	担当社会保険労務士
10月19日(水)	河地 秀夫 氏
11月24日(木)	草香 有子 氏
12月22日(木)	河地 秀夫 氏

32番 がん相談支援センター または
8番 総合相談窓口

受付時間:月曜から金曜(祝日除く) 9時~17時

社会保険労務士による治療と仕事の両立支援 申込書

相談希望日	年 月 日 時から
氏名	(女・男) 生年月日 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	
相談内容	<input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 職場との関係 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 有(区分) <input type="checkbox"/> 無
病名	
現在の治療状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 定期的な通院治療 通院の頻度 回 / 週 月 治療内容 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> 注射・点滴治療 <input type="checkbox"/> 手術(予定・終了) <input type="checkbox"/> 定期的な検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
仕事に関する医師からの指導・注意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 力仕事を避ける <input type="checkbox"/> 長時間の立ち仕事を避ける <input type="checkbox"/> 短時間の仕事 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
疾患や治療の影響による症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 倦怠感がある <input type="checkbox"/> 手先・足先のしびれ <input type="checkbox"/> 頻回にトイレに行く <input type="checkbox"/> むくみがある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 感染を起こしやすい <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
就労状況	職種() 勤続年数(年) <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣労働 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 現在休職中 <input type="checkbox"/> 休職予定 休職可能な期間について <input type="checkbox"/> 就業規則等で把握している <input type="checkbox"/> 把握していない
障害年金関連(必要な方のみ)	初診日(年 月 日) 初診医療機関名() 初診日時点の加入年金 <input type="checkbox"/> 国民基礎年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 障害認定日(年 月 日) 医療機関名() <input type="checkbox"/> 認定日請求 <input type="checkbox"/> 事後重症請求 該当するものがあれば <input checked="" type="checkbox"/> (いつから 年 月 日) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 新膀胱 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 四肢切断 <input type="checkbox"/> 在宅酸素

※体調不良等でキャンセルされる場合は、がん相談支援センターにご連絡下さい。

0744-22-3051(代) 内線1173

記載いただいた内容は、適切な情報提供、アドバイスを行う目的以外での使用はいたしません。
 事前予約の場合、相談会当日スムーズに対応できるよう、申込書の記載内容のうち必要な項目を事前に病院から担当の社会保険労務士に情報提供させていただきます。