＜療養担当医記入用＞
※被保険者が記入の場合、無効

記入日　令和　　年　　月　　日

傷病手当金請求書に対する療養担当医の意見（　　年　　月分）

記号 － 番号	患者氏名	生年月日
－		昭 ・ 平 ・ 令 年　月　日

労務不能と認めた傷病名	初診日
(1)	平 ・令　年　月　日
(2)	平 ・令　年　月　日
(3)	平 ・令　年　月　日

発病又は負傷の原因

令和　年　月中で労務不能と認めた期間	左記年月日で入院した期間
(自) 令和　年　月　日	(自) 令和　年　月　日
(至) 令和　年　月　日	(至) 令和　年　月　日

診察日（○で囲んでください）

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

上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等

症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

医師の証明欄

上記の通り相違ないことを証明する。

所在地

医療施設の名称

医師の氏名

（療養担当医にお願い）
この意見書は月毎に記入をお願いします。傷病手当金の支給決定上、重要な書類ですのでできるだけ詳しく書いてください。

大王製紙健康保険組合