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(年年月分)

	記号 - 番号								患者氏名						生年月日				
分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 (3) 平・令 年 月 日 (4) 令和 年 月 日 (自)令和 年 月 日 (全)令和 年 月 日 (全)令和 年 月 日 (全)令和 年 月 日 (空)令和 (空)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 参和 年 月 日 (自)令和 年 月 日 (2)令和 年 月 日 (3) おおいています。 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	労務不	能と認	めた傷物	声名	•				初調										
(3) 平・令 年 月 日 発病又は負傷の原因	(1)										F	月			B				
全納 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 (三)令和 年 月 日 (三)令和 年 月 日 (三)令和 年 月 日 (三)令和 年 月 日 (三)参称 (〇で囲んでください)	(2)								平•令 年		月			日					
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 (至)令和 年 月 日 (を)令和 (を)を答案 (を)令和 (を)を									平	平•令 年			月			日			
(自)令和 年 月 日 (自)令和 年 月 日 (空)令和 (空)令	発病又は負傷の原因																		
(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 (〇で囲んでください) 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		会和 年 日中で労務不能と認めた期間 左記年日日で λ 院 1 た期間																	
(至)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日 診察日 (〇で囲んでください) 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 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	一 令和															き入院した期間			
診察日 (〇で囲んでください) 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		(自)	令和		年	月		日			(自)	令和	年	Ξ	月		日		
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		(至)	令和		年	月		日			(至)	令和	年	Ξ	月		日		
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	診察日	(00	囲んで	くださし	١)														
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			1	2	3	4	5 6	7	8	9	10	11	12 1	3	14 1	5			
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		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
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	L 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																		
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	広比奴盗むこれで、分立の映話について労政で会に割められま 医営むれる																		
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	近状栓廻からめ C、使米の																		
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																			
所在地 医療施設の名称	医師の証明欄																		
	所在 医療	€地	の名称	ことを記	E明する	Ö.													

(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。