

保 険 医 の 意 見 書 (傷病手当金請求用)

鳥取県市町村職員共済組合

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名			
職 種					
傷 病 名		初 診 日	年	月	日
発病又は負傷 の 原 因		発病又は負傷 の 年 月 日	年	月	日
労務不能と 認められた期間	自 令和 至 令和	年	月	日	結核性である か否かの別
		年	月	日	結核性 否
上記期間中の 診 療 実 日 数	日 間	うち入院期間	自 令和 至 令和	年	月 日
			年	月	日
傷病の主症状 及び経過概要 (詳細に記入 のこと)					
病 気 等 に よ る 就 労 能 力	上記期間中の就労能力等の程度 (該当するものを選んで○を付してください。)				
	1 労働には一定の制限を受けるが、一般事務等ができる				
	2 家庭内での単純な日常生活はできるが、社会活動(就労)はできない				
	3 歩行や身のまわりのことはできるが、しばしば介助がいる				
	4 身のまわりのことができず、常に介助がいる				
上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医 師 の 氏 名					

注) 内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をお願いします。