

保 険 医 の 意 見 書

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名	
傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 の 原 因		
発病又は負傷 の 年 月 日	平成 年 月 日	療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	平成 年 月 日
診 療 実 日 数	日 間	入 院 の 場 合 は そ の 期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 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	<p>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。)</p> <p>1 無症状で社会活動ができ、制限を受けることはない</p> <p>2 労働には一定の制限を受けるが、一般事務等ができる</p> <p>3 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</p> <p>4 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</p> <p>5 身のまわりのことができず、常に介助がいる</p>		
労 務 不 能 と 認 め た 期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日 間	結核性である か否かの別 結核性 否
<p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 保険医 氏 名 (印)</p>			