

記入例

保険医の意見書

組合員証号 組 号 番 号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	組合員氏名	〇〇 〇〇
傷 病 名	〇〇〇〇〇〇	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
発病又は負傷 の 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	療養の給付を 開始した年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
診 療 実 日 数	〇〇日間	入院の場合は そ の 期 間	自 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
傷病の主症状 及び経過概要 (詳細に記入の こと)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
病 気 等 に よ る 就 労 能 力	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 無症状で社会活動ができ、制限を受けることはない 2 労働には一定の制限を受けるが、一般事務等ができる 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 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 5 身のまわりのことができず、常に介助がいる		
労務不能と 認められた期間	自 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇日間	結核性である か否かの別	結核性 <input checked="" type="radio"/> 否
上記の通り相違ありません。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 医療機関名 〇〇〇〇病院 保険医 氏 名 〇〇 〇〇 <input checked="" type="radio"/>			