

【傷病手当金請求用】

労務不能期間に係る意見書

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名 (発病又は負傷の年月日)	① (年 月 日)	療 養 の 給 付	① 年 月 日
	② (年 月 日)	開 始 年 月 日	② 年 月 日
発病又は負傷の原因			
労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数 日
傷病の主症状及び経過 概 要 (療養のため労務不能と認めた理由)	<p>(労務不能期間については、被保険者又は被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務に、たえうるか否かを標準にして認めてください。)</p>		
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;"> 年 月 日 医療機関名 及び所在地 医師氏名 </p> <p style="text-align: right;">電話 () 局 番 ㊞</p>			