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

<table>
<tr><td>組合員等
記号・番号</td><td colspan="2">―</td><td>組合員氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>職　　種</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="2"></td><td>初　診　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>発病又は負傷
の　原　因</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷
の年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>労務不能と
認めた期間</td><td colspan="2">自　令和　　年　　月　　日
至　令和　　年　　月　　日</td><td>結核性である
か否かの別</td><td colspan="2">結核性　否</td></tr>
<tr><td>上記期間中の
診療実日数</td><td colspan="2">日間</td><td>うち入院期間</td><td colspan="2">自　令和　　年　　月　　日
至　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>傷病の主症状
及び経過概要
(詳細に記入
のこと)</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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〇を付してください。） 1　労働には一定の制限を受けるが、一般事務等はできる 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。

R7.4.1