保険医の意見書　【記入時の注意点】

組合員等記号・番号	―	組合員氏名	
① 職種			
傷病名	②	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
労務不能と認めた期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日	結核性であるか否かの別	結核性　否
上記期間中の診療実日数	日間 ③	うち入院期間	自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日
④ 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。

⑤ 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

① 一般事務、看護師、保育士、給食調理員など主な仕事の種類を記入してください。（在職時の職種を記入）

② 左記の傷病について、その傷病の初診日を記入ください。

③ 労務不能と認めた期間に入院がある場合はその期間を記入ください。

④ 病状および経過、労務不能と認めた医学的な所見を詳しく記入ください。

⑤ 医師の証明日は、労務不能と認めた期間の終日以降にしてください。

※なお、記入いただいた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）をご記入ください。