記入例

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

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	令和○○年○○月○○日	療養の給付を開始した年月日	令和○○年○○月○○日
診療実日数	○○日間	入院の場合はその期間	自　令和○○年○○月○○日 至　令和○○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	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

労務不能と認めた期間	自　令和○○年○○月○○日 至　令和○○年○○月○○日　○○日間	結核性であるか否かの別	結核性　(否)

上記の通り相違ありません。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

保険医　医療機関名　○○○○病院

氏　　名　○○　○○