

# 傷病手当金意見書

組 合 員 等 記 号・番 号	記 号		番 号		
組 合 員 名 氏 名					
傷 病 名					
結核性の有無	有		無		
発病又は負傷 年 月 日	令和	年	月	日	
診 療 開 始 年 月 日	令和	年	月	日	
勤 務 不 能 と 認 め た 期 間	自 令和	年	月	日	日 間
	至 令和	年	月	日	
上 記 期 間 中 診 療 実 日 数					日 間
入 院 期 間	自 令和	年	月	日	日 間
	至 令和	年	月	日	
転 帰	令和	年	月	日	全 治 診 療 中 死 亡 中 止
勤 務 不 能 と 認 め た 主 症 状 及 び そ の 経 過 概 要					
支 給 決 定 上 の 参 考 事 項					
令和 年 月 日					
所在地					
名 称					
診 療 科					
医 師 名					

(群馬県市町村職員共済組合)

- 1 本書に記載の勤務不能期間は組合員の休業した日数に関係なく臨床上の立場より実際に診療した期間に対し勤務に服することが出来ないと認めた期間を記入して下さい。
- 2 傷病名記載の際は必ず其の部位を記載して下さい。