

傷病手当金に係る意見書

医師が記入

記号番号	公立岡山	氏名	
傷 病 名	(1)	診	(1)昭・平・令 年 月 日 治ゆ・中止
	(2)	療	(2)昭・平・令 年 月 日 治ゆ・中止
	(3)	開	(3)昭・平・令 年 月 日 治ゆ・中止
	(4)	始	(4)昭・平・令 年 月 日 治ゆ・中止
	(5)	日	(5)昭・平・令 年 月 日 治ゆ・中止
入院期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日		
手術状況	平成・令和 年 月 日	手術名	

傷病の原因		
医 師 の 意 見	傷病の主症状及び経過の概要	
	勤務不能と認めた意見等	
	勤務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	その他の意見等	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住 所

医 療 機 関

担当医師氏名

印

※この意見書は1か月単位ごとに作成してください。