

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																								
	傷病名											療養を開始した年月日	年 月 日																												
	発病または 負傷の年月日	年 月 日										☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因																												
	労務不能と 認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで										日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他 ()																											
	上記のうち 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで										日間	転帰	年 月 日 現在 治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医																											
	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																					
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																					
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																					
	上記の期間中に行った療養内容（投薬、検査、手術、療養の指示など、できるだけ詳しく記入してください）																																								
	投薬 : ☐ あり (日分、 日分、 日分) ・ ☐ なし (理由) 通院指導の有無 : ☐ あり (週間 / 回) ・ ☐ なし (理由) 療養の指示内容・経過概要 : (検査・手術を行った場合は、その内容についても記入してください)																																								
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																									
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">障害年金診断書について</td> <td>診断書の記載</td> <td>あり ・ なし</td> <td>受診状況等説明書の記載</td> <td>あり ・ なし</td> </tr> <tr> <td colspan="3">診断書の傷病名</td> <td></td> </tr> </table>																																	障害年金診断書について	診断書の記載	あり ・ なし	受診状況等説明書の記載	あり ・ なし	診断書の傷病名			
障害年金診断書について	診断書の記載	あり ・ なし	受診状況等説明書の記載	あり ・ なし																																					
	診断書の傷病名																																								
上記のとおり相違ありません。 _____ 年 月 日 医療機関の所在地 _____ 医療機関の名称 _____ 医師の氏名 _____ (印) 電話 _____																																									

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から										年 月 日										日間												
	勤務状況	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／か＝でそれぞれ表示してください。																														出勤	有給	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														計	日	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														計	日	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														計	日	日
	給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他										通勤手当の 支給の有無	☐ 支給なし ☐ 前払い ・ 後払い (月分) ☐ 出勤日のみ (日額 円)																					
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																	
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） についてご記入ください																											
		区分		支給額	支給額	支給額																												
		基本給																																
通勤手当																																		
住居手当																																		
扶養手当																																		
手当																																		
現物給与																																		
計																																		
上記の期間中の報酬			支給 (した ・ しない)										支給日以降、追って支給するものが (ある ・ ない)																					
上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 年 月 日 住所 _____ 事業主 _____ 氏名 _____ (印) 電話 _____																																		