

医師の病状所見												
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日									
○療養のため労務に服することができない状態の理由 (具体的に記載してください。)												
一般病状												
臨床所見												
諸検査結果												
手術名及びその年月日												
安静度												
入院・外来の別 (○で囲むこと)	入 ・ 外	入院の場合	入院年月日 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">{</td> <td>R</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日から</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日まで</td> </tr> </table>	{	R	年	月	日から	R	年	月	日まで
{	R	年	月		日から							
	R	年	月	日まで								
医療機関名 及び 保険医氏名	年 月 日		印									

※この書類は、任意継続組合員又は退職者が傷病手当金請求書を提出するときに添付してください。