

コ-ト

申請者の方は**太枠内をすべて記入**してください

医療機関の方は右記枠内を
すべて記入してください。

医療機関の方は右記枠内を
すべて記入してください。

傷病名											発病または 負傷原因																						
発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日										診療開始日			平・令 年 月 日																			
労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										診療 実日数		日		〔転帰〕 治癒・死亡・転医・中止・継続																		
傷病の主状況および経過概要 (治療内容、検査結果等を詳しく記入)										この欄の記入事項に相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師氏名 (印)																							
病類コード*										支給期間										日数				控除額				回数					
										不																							
A1:支給開始日					法定給付満了日					B1:延長開始日					B1:延長終了日					B2:延長開始日					支給満了日					不支給日数計			

