

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				[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。 所在地 医療機関 名 称 医師氏名																
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				

