

主治医の意見	傷病名					
	就業不能と認められた期間	自 令和	年	月	日	日間
		至 令和	年	月	日	
	症状及び経過等支給決定上の参考意見					
上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日						
医師 住所						
氏名 ⑩						
電話 () —						

支部長の意見	受給に関する調査意見					
	令和 年 月 日					
支部長 ⑩						

※ 前 給 付	A 通算	日間	合計		日間
	B 通算	日間			
※ 承認決定	A	日間	円		
	今回	日間	円		
	B				
	給付総日数	日	給付総額	円	

※は組合で記入