

患者番号： / 患者氏名： / 生年月日： / /

診療録

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

受 診 者	氏名						
	生年月日						
	住所						
	電話番号						
	職業		被保険者 との続柄				

保 険 者 番 号			
被 保 者 手 帳 保 有 者	記 号 ・ 番 号		
	有 効 期 限		
被 保 険 者 氏 名			
資 格 取 得			
事 業 所	所 在 地		
	名 称		
保 険 者	所 在 地		
	名 称		

--	--

傷病名	労務不能に関する意見				入院期間	
	意見書に記入した労務不能期間		意見書交付			
	自	月	日	年	月	日
	自	月	日	年	月	日
	自	月	日	年	月	日
	自	月	日	年	月	日

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
-------------------------	--

備考		公費負担者番号	
		公費負担医療の 受給者番号	