【傷病手当金の受給中に退職し、退職後初めての請求の際に添付してください。】

就労能力等についての医師の意見書

<table>
<tr><td colspan="2">組合員氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">初診年月日</td><td>年　月　日</td><td>傷病名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現傷病の療養等の経過</td><td colspan="4">傷病の経過とその概要（主な検査及び手術等の処置結果）</td></tr>
<tr><td>入院外来の区別</td><td colspan="2">1　入院している</td><td>2　通院している</td></tr>
<tr><td rowspan="2">病気等による就労能力</td><td colspan="4">就労能力等の程度（該当するものを選んで○をしてください。）

1　無症状で社会活動ができ、制限を受けることはない
2　労働には一定の制限を受けるが、一般事務等はできる
3　家庭内での単純な日常生活はできるが、社会生活（就労）はできない
4　歩行や身のまわりのことはできるが、しばしば介助がいる
5　身のまわりのことができず、常に介助がいる</td></tr>
<tr><td colspan="4">予後（上記 3．4．5のいずれかに該当した場合は、その状態が続くと予想される期間を記入してください。）

期間　年　月　日 から　年　月　日 まで</td></tr>
<tr><td colspan="5">年　月　日　住 所
医療機関名
医師の氏名　㊞</td></tr>
</table>

岡山県市町村職員共済組合

2016.6.1