

診 断 書 (兼 保 険 事 故 確 認 票)

様式G2-12

全国農業共済組合連合会 宛

カルテNo

傷病者	住所			
	氏名		初診日	年 月 日
傷病名			発病または 負傷の原因	
傷病発生日		年 月 日		
①通常の労務が不能と 認められた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※証明日以前の期間をご記入ください。通常の労務が可能だった場合は空欄としてください。			
うち入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
①の期間における「主たる症状及び経過」、 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日	年 月 日
症状経過からみて従来の職種について通常の労務が不能と認められた医学的な所見				
今後、休養が必要な期間(例：1か月程度)をご記入ください。				
※休養の必要なく、通常の労務に復帰が可能な場合は「特になし」とご記入ください。				

上記の通り診断します。

証明日 年 月 日

所在地

TEL

医療機関名

医師氏名

署名もしくは記名押印をお願いいたします。