

2. 療養給付の有無	有 () ・ 無				
3. 障 害					
3.1 傷 病 名					
3.2 傷 病 の 部 位					
3.3 治 ゆ 年 月 日					
3.4 障 害 状 況					
3.5 (医師の意見) 請求者の障害については、3.1 から3.4 までに記載したとおりであると認めます。					
年 月 日		所在地			
病院又は診療所の		名 称			
		医師氏名			
Ⓢ					
4. 令4条3項・4項該当者(4項該当者は続柄を○で囲む。)	氏 名	続柄	生年月日	(4)	
	(1)			(5)	
	(2)			(6)	
	(3)			(7)	
5. 通常得ている収入額	1日 円 ()				
6. 請 求 金 額	× = 円				
7. 同一部位についての従前の障害	有 () ・ 無				
8. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 () ・ 無				
9. 損害賠償を受けたことの有無	有 () ・ 無				
※10. 給付決定の内容 (年 月 日決定)					
10.1 給 付 基 礎 額	円	10.3 支給金額		円	
10.2 障 害 等 級	級 号				

(記入上の注意)

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 「3.障害」の欄は、医師から記入を受けてください(記載欄が不足するときは、適宜別紙に記載して添付してください。なお、障害が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真を添付してください。)

(日本産業規格A列4番)