記入例

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	東京都千代田区一番町○番地		
	氏名	農業　太郎	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) ○○○○○○○○○