

- | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 発症年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="radio"/> 公私の別 (公 ・ 私) |
| <input type="radio"/> 傷病名 | | | | <input type="radio"/> 認定番号 |
| <input type="radio"/> 全治年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="radio"/> 補償制限 (有 ・ 無) |
|
 | | | | |
| <input type="radio"/> 発症年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="radio"/> 公私の別 (公 ・ 私) |
| <input type="radio"/> 傷病名 | | | | <input type="radio"/> 認定番号 |
| <input type="radio"/> 全治年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="radio"/> 補償制限 (有 ・ 無) |