

療養のため勤務できないことに関する医師の証明書  
 （傷病手当金請求用）

患者名前 (組合員名前)		生年月日	年 月 日
傷病名		発病又は 負傷の原因	
初診日 (療養の給付開始年月日)	年 月 日	発病又は 負傷の年月日	年 月 日
労務不能と 認められた期間	年 月 日 から 年 月 日		
症 状 等	上記の期間中における主たる症状及び経過 ※治療内容、検査結果、療養指導等詳しく記入願います。		
所 見 等	症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見		

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師 名前

電話番号 ( ) -