

【傷病手当金請求書添付書類】

療養のため勤務に服することができないことに関する医師の証明書

氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女				
1	傷病名											
2	初診年月日	平成・令和 年 月 日										
3	就労不能と	自	令和	年	月	日	入院	自	令和	年	月	日
	認められた期間	至	令和	年	月	日	外来	至	令和	年	月	日
		<p>就労能力を失っている傷病の程度、症状、事実を具体的に記入して下さい。</p> <p>1) 就労能力を失っている事実</p> <p>2) 傷病経過の概要</p> <p>3) 血圧、脈拍、視力、聴力、機能調整等状況及び処置について</p> <p>4) 主な検査成績</p> <p>備考</p>										

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

病院又は診療所名 _____

所在地 _____

医師名 _____