

療養のために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）

組合員氏名		生年月日	S・H	年	月	日	
傷病名		発病又は 負傷の原因					
労務不能と 認められた初日	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	※3日以上連続して労務不能となった最初の日を記載してください。復職を経て再び労務不能となったときは、その初日としてください。			
	年	月	日まで	※労務が可能となった日の前日（今後も継続する場合は、証明日以前の月末）を記載してください			
症状等	上記期間中における主たる症状及び経過（治療内容、検査結果、療養指導等を詳しく記入願います）						
所見等	症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見						

（退職者・任意継続組合員）就労能力等についての医師の意見

※組合員が退職し、退職後の期間の傷病手当金を請求する際には下記も記入してください。

現傷病の入院外来の区別			入院	・	通院
病 気 等 に よ る 就 労 能 力 の 程 度	証明日時点の状況に○を付し、対応する期間を記入してください				
	1	無症状で社会活動ができ、制限を受けることはない	1、2のとき、その始期		
	2	労働には一定の制限を受けるが、一般事務等ができる	年	月	日から
	3	家庭内の単純な日常生活はできるが、社会活動（就労）はできない	3～5のとき、 その状態が続くと予想される期間		
	4	歩行や身のまわりのことはできるが、しばしば介助がいる	年	月	日から
5	身のまわりのことができず、常に介助がいる	年	月	日まで	

上記のとおり証明・意見します。

年 月 日

医療機関名

医師の氏名

電話番号