

療養のために勤務できないことに関する医師の証明書

患者氏名	
------	--

生年月日	昭和 平成	年	月	日
------	----------	---	---	---

初診日（療養の給付開始日）			
平成 令和	年	月	日

発病又は負傷の年月日			
平成 令和	年	月	日

傷 病 名

労務不能と認めた期間※					
令和	年	月	日	～	令和

発 病 又 は 負 傷 の 原 因

※傷病手当金の支給期間にかかわらず、当該傷病により現実に
労務不能であった期間（有給休暇を含む）を指します。

症 状 等	<p>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。</p>
所 見 等	<p>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</p>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の所在地 及び名称 医師氏名 ④</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () -</p>	