

## 医師の証明書

(傷病手当金・傷病手当金附加金請求用)

患者氏名	
傷病名	
発病又は負傷年月日	年 月 日
勤務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで
勤務不能と認められた 医学的所見	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印

(留意点)

- ・「勤務不能と認めた期間」は請求期間（月単位）を記入してください。
- ・日付は和暦で記入してください。