

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。