

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

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職種について労務不能と認められた医学的な所見

上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 及び名称 医師氏名 ⑩ 電話番号 () -	
--	--