

証 明 書 (医療機関記入用)

患者氏名																					
傷病名																					
初診日又は相談日																					
発病年月日	年	月	日																		
労務不能と認めた期間又は休養等を指導・助言等した期間	年	月	日から	発病の原因																	
	年	月	日まで																		
うち入院期間	年	月	日から	療養費用の種別												<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(感染症)					
	年	月	日まで													<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他					
診療日及び入院していた期間を○で囲んでください。	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診 療 実日数	日		
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31	
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診 療 実日数	日		
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診 療 実日数	日		
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31	
上記傷病等にかかる「症状及び経過」「治療内容」「療養指導又は助言」等の内容																					
労務不能、自宅待機等が必要と認めた所見																					
																		令和	年	月	日
上記のとおり相違ありません																					
医療機関の所在地 _____																					
医療機関の名称 _____																					
電話番号 _____																					
医師の氏名 _____																					