様式第８号（２－２）

医師の証明を受けてください。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明書

（ 傷 病 手 当 金 請 求 用 ）

患 者 名 前 (組合員名前)	共　済　太　郎	生 年 月 日	△△△△年　△月　△日
傷　病　名	脳　腫　瘍	発病又は 負傷の原因	○○○○○○○○
初　診　日 （療養の給付開始年月日）	△△△△年　△月　△日	発病又は 負傷の年月日	△△△△年　△月　△日
労務不能と 認めた期間	△△△△年△月　△日～△△△△年△月　△日		

症状等	上記の期間中における主たる症状及び経過 ※治療内容、検査結果、療養指導等詳しく記入願います。
	脳患部の腫瘍により半身麻痺のため入院中である。
所見等	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
	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

上記のとおり相違ありません。

△△△△年　△月　△日

医療機関の所在地　○○市○○町△－△－△

医療機関の名称　○○医院

医師　名前　鈴　木　五　郎

電話番号　（　△△△　）△△△－△△△△