



治療証明書

長野県建設労働組合連合会

氏名			生年 月日	大正 昭和・平成	年	月	日生
傷病名			発病(受傷)年月日				
入院または通院治療の対象 となった傷病名	(1)		年 月 日・不詳				
	(2)		年 月 日・不詳				
入院 期間	第1回 入院	年 月 日～ 年 月 日迄 日間 (現在入院中・退院)					
	第2回 入院	年 月 日～ 年 月 日迄 日間 (現在入院中・退院)					
※ 労務不能 期間 (自宅療養)	第1回労務 不能期間	年 月 日～ 年 月 日迄 日間					
	第2回労務 不能期間	年 月 日～ 年 月 日迄 日間					

※労務不能期間は、入院期間以外の、「通院・自宅療養で労務に服することができなかつたと判断される期間」を記入して下さい。また、この治療証明書の証明日以降の見込み期間は記入しないようにして下さい。

現在の状況	年 月 日	治癒、治療継続中、治療中止、死亡、転院
症状経過および治療内容 (検査結果、手術の種類・実施日含む)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

上記のとおり証明いたします。		年 月 日
所在地		
医療機関名	担当科 ( )	
電話 ( )	医師名	

\*今回の申請で皆さんから届け出ていただいた個人情報共済事業以外には使用しません。