

## 労務不能証明書(医師記入)

- ※ 暦上の1月につき本証明書が1枚必要です。(※月途中で転院したとき等はかかった医療機関ごとに1枚必要)  
※ 複数月まとめて証明を受けることはできません。  
※ 医師の診断書とは異なります。

医師が 意見を 記入す るところ	1. 患者氏名/ 患者生年月日	／ 昭和・平成 年 月 日																															
	2. 傷病名	<input type="checkbox"/> 結核性疾患																															
	3. 上記傷病の 初診日	平成・令和 年 月 日																															
	4. 労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日 から 同年 同月 日まで ※証明日より前の期間について、暦上の1月ごとに証明願います。																															
	5. 診療実日数 (入院期間を含む)	6. 診療日及び入院し ていた日を○で囲ん でください。	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
	7. 上記期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
	8. 症状経過からみ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。																																
証明日	医療機関の所在地																																
令和 年 月 日	医療機関の名称																																
	医師の氏名 <sup>(注)</sup> (フルネームをご記入下さい)																																
	電 話 ー ー																																

(注)「医師の氏名」欄に「理事長」などの役職の肩書を記載いただく場合は、併せて医師である旨を追記してください。

# 労務不能証明書(医師記入)の記入上の注意

(日本郵政共済組合 給付担当)  
傷病手当金請求添付書類

## 労務不能証明書(医師記入)

必要であれば、医師にお渡しのうえ、同証明書の作成を依頼してください。

- ※ 暦上の1月につき本証明書が1枚必要です。(※月途中で転院したとき等はかかった医療機関ごとに1枚必要)
- ※ 複数月まとめて証明を受けることはできません。
- ※ 医師の診断書とは異なります。

- 1 証明日より前の期間について、暦上の1月ごとの証明が必要となります。
- 2 本証明が受けられない期間については、傷病手当金は支給されません。
- 3 月の途中で転院したとき等、1つの医療機関で月初から末日までの証明が受けられない場合は、それぞれの期間ごとにかかった医療機関から、1枚ずつ証明を受けてください。  
【例】  
A病院に通院していたが、4月14日からB病院に変わった場合、  
⇒ 4月分の傷病手当金の請求には2枚の「労務不能証明書」が必要  
① 4月 1日から同月13日まで…A病院の労務不能証明書  
② 4月14日から同月30日まで…B病院の労務不能証明書

1. 患者氏名/  
患者生年月日

2. 傷病名

3. 初診日

4. 労務不能と  
認めた期間

平成・令和 4 年 3 月 1 日 から 同年 同月 31 日まで

1

※証明日より前の期間について、暦上の1月ごとに証明願います。

5. 診療実日数  
(入院期間を含む)

7. 上記期間中における「主

～退職後の期間を初めて請求するとき～

在職中から引き続き「傷病のため勤務できなかった」ことの医師の意見が必要です。

その場合は、初回のみ、在職中から請求月の末日までの期間の証明を受けてください。

例:6月30日退職で7月分から請求する場合

7月分の「3 労務不能証明書(医師記入)」の労務不能と認めた期間に「6月中に医師が労務不能と認めた期間の初日から7月31日まで」の証明を受けてください。

8. 症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見

「4.労務不能と認めた期間」より後に  
証明を受けてください。

医師の氏名欄にはフルネームを記入し、医療法人などの肩書(理事長など)が記載されている場合は、医師である旨を追記いただくよう依頼します。

上記のとおり相違ありません。

証明日

2

令和 4 年 4 月 1 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名 (注)  
(フルネームをご記入下さい)

電 話

(注)「医師の氏名」欄に「理事長」などの役職の肩書を記載いただく場合は、併せて医師である旨を追記してください。

(給付様式 傷病手当金 202412)