（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）

※　暦上のひと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。
※　訂正する場合は必ず訂正印を押印してください。

医師が意見を記入するところ

1．患者氏名		
2．傷病名		□　結核性疾患
3．上記傷病の初診日	平成・令和　　年　　月　　日	
4．初診日以降で初めて労務不能となった日	平成・令和　　年　　月　　日	
5．労務不能と認めた期間	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、暦上のひと月ごとに証明願います。**	
6．診療実日数（入院期間を含む）	日	**7．診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。** 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
8．既往歴との関連	**9．8.で「あり」に〇をつけた場合、その傷病名と状態等（治癒・寛解状態等）を詳しく**	
あり　・　なし	（傷病名） （症状等）	

10．5.の期間中における「主たる状態等および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

11．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
令和　　年　　月　　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　202504）

労務不能証明書（医師記入）の記載例（医師にお渡しのうえ、作成を依頼してください）

（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）

※　暦上のひと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。
※　訂正する場合は必ず訂正印を押印してください。

医師が意見を記入するところ

1．患者氏名	共済　太郎
2．傷病名	○○病　□ 結核性疾患
3．上記傷病の初診日 ①	平成・(令和) 6 年 4 月 15 日
4．初診日以降で初めて労務不能となった日 ②	平成・(令和) 6 年 5 月 1 日
5．労務不能と認めた期間 ③	令和 6 年 5 月 1 日 から 同年 同月 31 日まで ※証明日より前の期間について、暦上のひと月ごとに証明願います。
6．診療実日数（入院期間を含む）	2 日
7．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
8．既往歴との関連 ④	(あり) ・ なし
9．8.で「あり」に○をつけた場合、その傷病名と状態等（治癒・寛解状態等）を詳しく	（傷病名）○○症 （症状等）○○～○○○○○。 ○○○○～○○。
10．5.の期間中における「主たる状態等および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）	○○～○○○○○.....。 ○○○○～○○。
11．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。

⑤ 証明日　令和 6 年 6 月 15 日

⑥
医療機関の所在地　埼玉県さいたま市中央区新都心34－56－7
医療機関の名称　○○病院
医師の氏名（フルネームをご記入下さい）(注)　共済　花子
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　202504）

①	3．上記傷病の初診日	以下の状況に応じて初診日を記載してください。 ①　証明する医療機関で判明した傷病である場合（紹介状なしの転院含む） **⇒初診日を記入してください。** ②　別の医療機関から紹介状等で転院してきた場合 **⇒転院前の医療機関の初診日を記入してください。** **不明の場合は①と同様の日を記入してください。**
②	4．初診日以降で初めて労務不能となった日	以下の状況に応じて初診日を記載してください。 ①　証明する医療機関で判明した傷病である場合（紹介状なしの転院含む） **⇒項番３の初診日以降に初めて労務不能となった日を記入してください。** ②　別の医療機関から紹介状等で転院してきた場合 **⇒転院前の医療機関で初めて労務不能となった日を記入してください。** **不明の場合は①と同様の日を記入してください。**
③	5．労務不能と認めた期間	①　証明日より前の期間について、暦上のひと月ごとの証明が必要です。 ②　本証明が受けられない期間は、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 **～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、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」**の証明が必要
④	8．既往歴との関連 9．8.で「あり」に○をつけた場合、その傷病名と症状等を詳しく	証明する医療機関で把握している既往歴との関連性について、いずれかを○で囲んでください。 **「あり」に○をつけた場合はその傷病名と症状等を詳しく記載してください。**
⑤	証明日	傷病により勤務できなかった過去の期間を証明するものですので、**「5．労務不能と認めた期間」より後**に証明を受けてください。
⑥	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名・電話	**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てください。**