

労働共済御中

治療証明書(記入例)

共済会名	○△労働組合 共済会	加入者氏名	鈴木 武男 (鈴木)
------	---------------	-------	------------

被共済者名	鈴木 武男	加入者との続柄	本人
生年月日	'40年 6月 5日生	性別	男・女
傷病名	腰部打撲		
ケガ治療の場の受傷原因	職場で移動中に階段をふみはずし転落した。		
共済事由発生日	'09年 1月 10日 (午前) 午後 11時 30分頃		
入院期間	'09年 1月 11日から '09年 1月 13日まで		
通院期間	'09年 1月 14日から '09年 1月 25日まで		
実通院日	/ . / . / . / . / . / . /		
就業不能期間	'09年 1月 11日から '09年 1月 25日まで		
病院名	百人町病院	診察券番号	NO9999
病院所在地	東京都新宿区	電話番号	03-xxxx-yyyy

※ 就業不能期間とは、就業・就学・家事労働が不能または安静加療を要すると医師が認めた期間です。

上記のとおり共済事由のあったことを証明します。

'09年 1月30日 共済会名 ○△労働組合共済会

代表者氏名 労働 次郎



※ 共済金請求額が3万円未満の場合は、この証明書で診断書に代えることができます。必ず、病院などの領収書(コピー可)を、この証明書に添付してください。

労働共済御中

治療証明書

共済会名		加入者氏名	㊟
------	--	-------	---

被共済者名		加入者との続柄	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
傷病名			
ケガ治療の場 の受傷原因			
共済事由発生日	年 月 日(午前・午後 時 分頃)		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
通院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
実通院日	/ . / . / . / . / . / . /		
就業不能期間	年 月 日から 年 月 日まで		
病院名		診察券番号	NO
病院所在地		電話番号	

※ 就業不能期間とは、就業・就学・家事労働が不能または安静加療を要すると医師が認めた期間です。

上記のとおり共済事由のあったことを証明します。

年 月 日 共済会名 _____

代表者氏名 _____ ㊟

※ 共済金請求額が3万円未満の場合は、この証明書で診断書に代えることができます。
必ず、病院などの領収書（コピー可）を、この証明書に添付してください。