

# 傷病のため勤務できないことに関する医師の証明書

患者氏名																	
傷病名	(1)	傷病に対する 初診日	(1)	年	月	日											
	(2)		(2)	年	月	日											
	(3)		(3)	年	月	日											
発病または負傷の年月日	年	月	日										<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷				
発病または負傷の原因																	
勤務の判定	<input type="checkbox"/> 勤務できる <input type="checkbox"/> 勤務できない																
勤務できないと認めた期間	年	月	日	～	年	月	日										
勤務できないと認めた期間における診療日を○で囲んでください																	
年	月	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	
<input type="checkbox"/> 診療なし																	
勤務できないと認めた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																	
症状経過からみて従来職種について勤務できない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																	
医療機関の名称																	
医師の氏名												印					

**[注意事項]**

- 1 この書類は東京都職員共済組合への傷病手当金請求のための指定様式です。
- 2 この書類は月ごとに作成してください。複数月にまたがる証明はできません。
- 3 証明は勤務できないと認めた期間が経過した後に行ってください。
- 4 傷病に対する初診日以前の期間についての証明は受付できません。
- 5 医療機関の印ではなく、医師の印を押印してください。
- 6 訂正する場合は、医師の訂正印を押印してください。
- 7 本証明に対して東京都職員共済組合から照会をする場合があることをご了承ください。