

## 新型コロナウイルス感染症に係る医師の証明書

記号・番号

88-

.

組合員氏名

新型コロナウイルス感染症により1ヶ月以上の治療を有したことを証明します。

## ○医師の証明書

患者氏名		診療開始日	年	月	日
傷病名					
治療期間	年	月	日	～	年 月 日
傷病の主症状 及び経過概要					
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関等 名称</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					

※ 上記の内容が確認できる書類(診断書等の医師の証明があるもの)を添付して提出する場合は、この証明書の記入は不要です。

## ◎事業主記入欄

上記の者は1ヶ月以上労務不能であったことを証明します。					
年	月	日			
事業主		住所			
		氏名			
					(印)