入 院 ・ 治 療 証 明 書

全建総連岐阜建設労働組合県本部総合共済

氏 名		性別	男・女	生年月日	S・H　　年　　月　　日
住 所	〒　　－				

保険医療機関の証明・保険医の意見	① 傷　　病　　名		
	② 労務不能と認めた期間	令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日	日間
	③ ②の期間における入院期間	令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日	日間
	④ 傷病の主な症状経過の概要		

上記のとおり証明いたします。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地

保険医療機関名　　㊞

保険医氏名