

全労連共済 御中

治療証明書

共済会名		加入者氏名 (自署)	
------	--	---------------	--

被共済者氏名		加入者との続柄	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
傷病名			
ケガ治療の場合の 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・家事労働が不能又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5万円以下の場合、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。