全労連共済　御中

治療証明書

㊟2025年4月以降に発生した事由より、診断書免除となる共済金額が5万円以下から10万円以下に変わります。

㊟入院・通院・休業の共済金額が10万円以下の場合には、この証明書に組合員が記入し、所属組合の代表者が証明をすることで、診断書に代えることができます。治療証明書で申請する際は、申請期間内の入院期間や通院日が確認できる医療機関の領収書（写）等もあわせて提出してください。領収書がない場合は、医療機関使用欄を活用し、領収書に代えてください。医療機関の証明費用は申請者負担となります。

共済会名			
組合員氏名（自署）			
被共済者氏名		職業	
組合員との続柄	◯本人　◯配偶者　◯子ども　◯他（　　）		
生年月日	年　月　日（　歳）	性別	◯男　◯女
傷病名			
発病日（または、ケガの場合は受傷日）	年　月　日（◯午前　◯午後　時　分頃）		
治療を受けた医療機関名		初診日	年　月　日
①病気の場合は初診日までの経過、ケガの場合は、受傷原因を詳しく記載してください。 ②複数の医療機関にかかっている場合は、こちらに医療機関名を記載してください。			
※就業不能期間	年　月　日～　年　月　日		

※就業不能（安静加療）期間は、就業・就学・家事が不能または、安静加療を要すると医師が認めた期間です。

上記の通り、共済事由があったことを証明します。

年　月　日　　共済会名　　㊞

代表者氏名

事務局（または医療機関）使用欄

入院期間　　日間

年　月　日～　　年　月　日

年　月　日～　　年　月　日

年　月　日～　　年　月　日

記載者（医療機関・本部事務局）

※医療機関が記載する場合は、入院期間や通院日、記載年月日、医療機関名等（ゴム印可）の記載をお願いします。

年　月　日記載

医療機関名

実通院治療日（○印をご記入下さい。）		合計
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
合計		日間