

治療証明書

③2025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。

③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 印

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																日	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																日	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																日	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																日	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																日	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
合 計																		日間