

労働災害による入院期間証明書

一般社団法人 全国建設業労災互助会 御中

[医 師] 住 所

病 院 名

医 師 氏 名

㊞

電 話

作成日 年 月 日

下記の通り証明いたします。

被災者	住 所		使用した保険	① 政府労災 ②自賠責保険 ③健康保険 ④その他 ()	
	氏 名		被災年月日	西暦 年 月 日 時ころ	
	生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日	入院期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日まで 日間	
傷病名および原因・態様					
	前医での入院の有無	あり なし	転医の有無	あり なし 転医後の入院の見込み	あり なし 不明
	参考	●後遺障害が残存する見込み 有・無・不明 ●後遺障害が残存する見込みがある場合、労災級別に該当するその等級			級・不明