

第3号様式（第3条関係）

新型コロナウイルス感染症により労務不能であることの診断書

患者氏名		初診日	年 月 日
傷病名		発病年月日	年 月 日
発病の原因			
労務不能と認める期間	年 月 日～ 年 月 日		
うち入院又は隔離期間	年 月 日～ 年 月 日		
労務不能と認める医学的な所見			

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関所在地

医療機関名

医師の氏名

電話番号

印