

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
（医療機関が記入する。※自署なら押印不要）

患者氏名	旭太郎	初診日	令和 2 年 5 月 1 日
傷病名	新型コロナウイルス感染症	発病年月日	令和 2 年 5 月 1 日
発病の原因	家族から感染		
労務不能と認める期間	令和 2 年 5 月 1 日～令和 2 年 5 月 1 4 日		
うち入院又は隔離期間	令和 2 年 5 月 1 日～令和 2 年 5 月 1 4 日		
労務不能と認める所見	感染のおそれが高いため		

年 月 日

上記の通り相違ないことを証明します。

医療機関の所在地 ▲▲▲▲ 番 地

医療機関の名称 ●●●● 医 院

医師の氏名 ◎◎ ◎◎◎ ⑩

電 話 番 号 ▼▼－▼▼▼▼