

傷病証明書

住所 _____	
氏名 _____	
年 月 日生	
1 傷病の状態、名称 およびその程度	
従来の職種について 労務不能であったと 認められますか	イ. 認められる ロ. 認められない
2 初診年月日	年 月 日
3 傷病の経過	年 月 日 治ゆ 転医 中止 年 月 日 現在 継続中
4 現在の病状からみ て職業に就くこと ができますか	イ. できる (令和 年 月 日から) ロ. できない
上記のとおり証明します。	
令和 年 月 日	
所在地	
医療機関名	
医師名	
TEL () 番	
福岡中央 公共職業安定所長 殿	
(注)記載内容について、記載した方に直接確認する場合があります。	

※裏面記載例を参照してください。

「傷病証明書」を記入いただく医師の皆さまへ

傷 病 証 明 書

(記載例)

住 所 福岡市中央区赤坂〇-〇	
氏 名 労働 太郎	
昭和56年 11月 13日生	
1 傷病の状態、名称 およびその程度	右足大腿骨骨折
従来職種について 労務不能であったと 認められますか	イ. 認められる ロ. 認められない
2 初 診 年 月 日	R5年 10月 23日
3 傷 病 の 経 過	年 月 日 治ゆ 転医 中止 R5年 12月 2日 現在 継続中
4 現在の病状からみ て職業に就くこと ができますか	イ. できる (令和 5年 12月 1日から) ロ. できない

今回の傷病が原因で就労が不能・困難となり、退職せざるを得なかったかどうかの質問です。

就労可能の証明については、見込みではなく、いつから就労できるかの確認となりますので、4欄の日付は、証明日の同日または過去の日付となります。

令和 5年 12月 2日

所 在 地 福岡市博多区博多駅東2-11-1
医 療 機 関 名 医療法人〇〇整形外科病院
医 師 名 福岡 一郎

※ 4欄の設問は、必ずしも以前と同じ職種に限らず、1週間に20時間以上の就労が可能かどうかでの判断をお願いします。
※ 現在、1週間に20時間以上の就労ができない場合は、この証明の記載は不要ですので、本人へハローワークに相談するようお願いください。

※裏面記載例を参照してください。