

# 傷病証明書

氏名		年齢	
傷病の名称			
初診年月日	平成 令和	年 月 日	
退職時における傷病の程度	平成 令和 年 月 日において、 そのままの状況で、今までと同じ仕事を継続していくことが (イ) 困難であったと思われる。 (ロ) 可能であったと思われる。		
傷病のために職業に就くことができなかつたと認められる期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで (※)	
求職申込時点での就労の可否 (週20時間以上の就労)	令和 年 月 日 現在 (注)	(イ) 就労可能 (ロ) 軽作業可能 (治療継続中) (ハ) 就労不可 (注)の日付は、上記※印の翌日以降の日付でご記載ください。 (但し、証明日より未来の日付は不可。)	
就労にあたって注意すべき点、負担となる作業等			
健康保険の傷病手当金、又は労災保険の休業補償の有無について	(イ) 申請あり 平成 年 月 日 傷病分まで 令和 (以降有・無) (ロ) 申請なし		
その他参考意見等			

診断の結果、上記のとおり間違いないことを証明します。

令和 年 月 日

尼崎公共職業安定所長 殿

所在地

名称

担当医師名

