

傷病証明書

本人記入欄	支給番号	—									
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	電話番号 ()	—									
生年月日	昭和	平成	年	月	日						
医師または診療担当者記入欄	傷病等の状態及びその程度										
	傷病等のため職業に就くことができなかったと認められる期間	令和	年	月	日	から					日間
		令和	年	月	日	まで					
	現在の状態	就労可能					就労不可能				
	上記のとおり証明します。										
	令和 年 月 日										
	公共職業安定所長 殿										
	神戸運輸監理部長 殿										
	所在地										
	電話番号										
	医師または診療担当者										

※ この用紙は認定日の変更などの場合に使用するものであり、傷病手当の支給申請書ではありません
※ 記載内容について、記載した方に確認する場合があります。