

# 傷 病 証 明 書

|   |   |    |   |   |     |
|---|---|----|---|---|-----|
| 支給番号  | — —   |    |   |   |     |
| 氏 名   |   |    |   |   | 男・女 |
| 生年月日  | 昭和                    年                    月                    日 |    |   |   |     |
| 傷 病 名   |   |    |   |   |     |
| 初 診 年 月 日   | 平成                    年                    月                    日 |    |   |   |     |
| 傷病の為職業に就くことが<br>できない状態であった期間<br>(治ゆの場合は治ゆ年月日)   | 自   | 平成 | 年 | 月 | 日   |
|   | 至   | 平成 | 年 | 月 | 日   |
|   | (治ゆ   | 平成 | 年 | 月 | 日)  |
| <b>注 意</b>  |   |    |   |   |     |
| 傷病の為、職業に就くことができない期間が15日以上になる場合には、この証明書では<br>手続きが行えません。別手続きが必要になりますので、安定所の窓口にお問い合わせく<br>ださい。 |   |    |   |   |     |

上記のとおり証明します。

平成    年    月    日

所 在 地

医 師    氏 名



電 話 番 号                    (                    )

公 共 職 業 安 定 所 長 殿

※ 公共職業安定所使用欄

| 所(部)長 | 課 長 | 係 長 | 係 員 | 備 考 |
|-------|-----|-----|-----|-----|
|       |     |     |     |     |