

病 状 証 明 書

氏名等	氏名		生年月日	年 月 日
初診年月日	年 月 日			
傷病の名称				
現在の状態	継続治療中 ・ 治癒または寛解 ・ 転医 ・ 中止			
退職時における就労の可否	退職日（ 年 月 日 ）において 週20時間以上の就労をすることは <input type="checkbox"/> 可能であった <input type="checkbox"/> 不可能であった <input type="checkbox"/> 可能ではあるが転職が望ましかった			
現在の就労に関する事項	労働能力の程度・就労に際しての留意事項	証明日現在において、週20時間以上の就労の可能性の有無（軽作業含む）	<input type="checkbox"/> 可能 （ 年 月 日以降、就労可能である） <input type="checkbox"/> 不可能	
		就労可能な具体的な条件等（作業の内容、環境、時間等の制限、配慮事項その他予想される問題点）		
健康保険傷病手当金又は労災保険の休業補償給付の証明の有無	<input type="checkbox"/> 有（継続中・終了）【 年 月 日 ～ 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 無			

以上のとおり証明いたします。

年 月 日

病院又は診療所の名称
所在地

診療担当科名
医師氏名

印

【病状証明書の書き方】

失業給付申請の離職理由確認や、受給期間延長申請(すぐに働けない方)において就労可否確認する内容です。
担当医が失業給付申請不可の内容で記載した場合でも、申請者様の自己負担となります。

内容に不明な点がございましたら、依頼する前にハローワークへ確認をしてください。

* 精神福祉手帳がある場合は別で主治医の意見書が必要になる場合があります。

氏名等	氏名		生年月日	年 月 日
初診年月日	年 月 日			
傷病の名称				
現在の状態	継続治療中 ・ 治癒または寛解 ・ 転医 ・ 中止			
退職時における就労の可否	退職日 (年 月 日) において 週20時間以上の就労をすることは <input type="checkbox"/> 可能であった <input type="checkbox"/> 不可能であった <input type="checkbox"/> 可能ではあるが転職が望ましかった			
現在の就労に関する事項	労働能力の程度・就労に際しての留意事項	証明日現在において、週20時間以上の就労の可能性の有無(軽作業含む)	<input type="checkbox"/> 可能 (年 月 日以降、就労可能である) <input type="checkbox"/> 不可能	
		就労可能な具体的な条件等(作業の内容、環境、時間等の制限、配慮事項その他予想される問題点)	<ul style="list-style-type: none"> ● 失業給付受給申請を希望→求職申込日時点で「可能」 ● 受給期間延長申請→「不可能」 	
健康保険傷病手当金又は労災保険の休業補償給付の証明の有無	<input type="checkbox"/> 有 (継続中・終了) 【 年 月 日 ~ 年 月 日 】 <input type="checkbox"/> 無			

以上の

申請内容が「受給期間延長申請」の場合には、「離職票の離職年月日の翌日から30日以上経過した日」以降の日付での証明が必要

年 月 日

病院又は診療所の 名称
所在地

診療担当科名
医師氏名

印