

# 傷病証明書

氏名		生年月日	昭・平	年	月	日
住所	市	町	番地	号		
	郡	丁目				

## 1. 傷病の状況

初診日	平成・令和	年	月	日					
傷病名及び病状									
上記傷病により職業に就く事が出来なかったと認められる期間	平成・令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

## 2. 現在の状況

1. 入院中		
2. 通院治療中	( 今後 月以上治療を要す )	
3. 転医		
4. 治療	( 令和 年 月 日付 )	
就労の可否	1. 就労可能である (現在まで従事していた仕事を含む) 2. 就労可能である (現在まで従事していた仕事を除く) 3. 就労不可能である	年 月 日 より就労可能

## 3. 証明書について ( 健康保険・労災保険・その他 )

1. 他の公的機関への証明を行った。	( 令和 年 月 日分まで )
2. 他の公的機関への証明は行っていない。	

上記のとおり相違ないことを証明致します。

令和 年 月 日

佐世保公共職業安定所長 殿

診療機関の名称  
所在地  
診療担当者氏名  
電話番号 ( )