

## 傷病証明書

支給番号

□□-□□□□□□-□

住所

氏名

傷病の状態、名称  
及びその程度

初診年月日                      令和                      年                      月                      日

傷病の状態にあった  
と認められる期間                      令和                      年                      月                      日 ～

令和                      年                      月                      日

傷病の状態にあったと認められる期間の翌日において就労可能であることを  
証明します。

令和                      年                      月                      日

診療機関の所在地  
及び名称

診療担当者氏名

(電話)

公共職業安定所長殿