

傷病証明書

本人記入

支給番号

- -

氏名

認定日

型-

生年月日

昭和
平成

年

月

日

1. 傷病の状態名称及びその程度

2. 初診年月日 年 月 日

3. 治ゆ年月日 年 月 日

4. 傷病のため職業に就くことができない状態であった期間

年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

診療機関名

診療担当者氏名



公共職業安定所長 殿

(下記は記入しないでください)

受付年月日 平成 年 月 日

受付番号

所長	次長	課長	係長	係

※ 4欄の期間が14日間を超える場合には、別の証明書に記載していただくことになりますので、事前に安定所職員にご相談ください。

〈診療機関担当者の皆様へ〉

当証明書は、**見込みでの証明は無効**となりますので記載の際には十分ご注意ください。

(例) 3欄「平成〇〇年9月8日」4欄「平成〇〇年9月1日～平成〇〇年9月7日」と記載したが、その下の「上記のとおり相違ないことを証明します。」欄の日付には、「平成〇〇年9月5日」と記載。 → 未来についての9月5日現在の見込みの証明であり無効。