

傷 病 証 明 書

氏 名	(歳)	支 給 番 号	
住 所			
傷病の状態名称 及びその程度			
初 診 年 月 日	令和 年 月 日	治 癒 年 月 日	令和 年 月 日
傷病のため職業 に就くことがで きなかつたと認 められる期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間

上記の記載事実に誤りのないことを証明します。
記入欄は、電話等により確認させていただくことがありますので、
あらかじめご了承ください。

令和 年 月 日

所 在 地
医 師 氏 名

電 話 ()

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	令和 年 月 日	受 付 番 号	
支 給 番 号		認 定 日	—

課 長		係 長		係	
--------	--	--------	--	---	--