傷 病 証 明 書

支 給 番 号　□□－□□□□□□－□

住 所

氏 名

生年月日　　年　　月　　日 生

傷病等の状態 及びその程度	
傷病等のため職業に就くことができなかったと認められる期間	年　月　日　から 年　月　日　まで　日間

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

公共職業安定所長 殿

所在地

医師又は
診療担当者名