仕事中による傷病届

被保険者番号								種別一			般・退本・退扶・後期高齢			
	個 人 番 号													
住 所		静岡県	- 県焼津市	ī					·					
被保険者氏名								生年。	月日	昭•	平•4	令 年	月	日生
世帯主氏名(続柄)					()	電話者	番号					
事故詳細	発生日時		-	年	月	日	() =	干前•	午後		時	分頃	
	発生場所													
	状況・詳細													
受診医療機関														
国保診療開始日		年		月	E	F				入院	、 外来			
会社情報	名 称								電話	番号				
	住 所													
	業種									労災	加入		有・	無

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

焼津市長あて

届出人氏名