

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 | 静岡県焼津市 | | |
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日生 |
| 世帯主氏名（続柄） | () | 電話番号 | |

| | | | | |
|------------------|-------|----------------------|---------|--|
| 事 故 詳 細 | 発生日時 | 年 月 日 () 午前・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 日 | 入院 ・ 外来 | |

| | | | | |
|------------------|-----|--|---------|-------|
| 会 社 情 報 | 名 称 | | 電 話 番 号 | |
| | 住 所 | | | |
| | 業 種 | | 労災加入 | 有 ・ 無 |

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

焼 津 市 長 あて

届出人氏名 _____ 印