

仕事中による傷病届

被保険者記号・番号												
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

上記のとおり届出します。

焼 津 市 長 あて

令和 年 月 日

届出人氏名