

平成 年 月 日

高松市長 殿

加入者番号

住 所

事業所名

代表者氏名



高松市中小企業勤労者

福 祉 共 済 事 業 業 務 上 傷 病 証 明 書

次のとおり業務上の傷病であることを証明いたします。

記

被災者氏名		職種		生年月日	明・大	年 月 日生
被災日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃	被災場所		
傷病名	(傷病の部位およびその程度)					
労災保険申請の有無	有 ・ 無					
被災の状況とその原因						
備考	(勤務時間 ~ )					