年月日

(宛先)　高　松　市　長

加入者番号

住　　　所

事業所名

代表者氏名

高松市中小企業

業務上傷病証明書

勤労者福祉共済事業

　　　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 |  |
| 被災日時 |  | | | | 被災場所 | |  |
| 傷病名 |  | | | | (傷病の部位及びその程度) | | |
| 労災保険申請  の有無 | | 有　　・　　無 | | |
| 被災の状況とその原因 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | |