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
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

<table>
<tr><td>被災者
氏　名</td><td></td><td>職
種</td><td></td><td>生年
月日</td><td></td></tr>
<tr><td>被災日時</td><td colspan="3"></td><td>被　災　場　所</td><td></td></tr>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">（傷病の部位及びその程度）</td></tr>
<tr><td>労災保険申請
の　有　無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被災の状況とその原因</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>