

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員
--------	-----	------	-----	-----

## 業務上による傷病届

No.

被 保 険 者 記号・番号	受傷者氏名 (昭・平・令 . . 生)		世帯主との続柄	
事 故 発 生 年 月 日 時	平・令 年 月 日 午前 時 午後	事 故 発 生 の 場 所		
事 故 原 因 と 状 況				
事 業 主 事 項	住 所 (所在地) 氏 名 (名 称) (業 種 ) (代表者氏名) (電 話 )			
補 償 事 項	労働者災害補償 保険法にもとづ く補償	有 無	補償金 _____ 円	内 訳 医 療 費 _____ 円 そ の 他 _____ 円
	労働基準法にも とづく補償	有 無	補償金 _____ 円	内 訳 医 療 費 _____ 円 そ の 他 _____ 円
医 療 機 関	所在地 (住所)		名称(氏名) (電 話 )	
	所在地 (住所)		名称(氏名) (電 話 )	
国民健康保険被 保険者証の使用の 有 無	有 ( 年 月 日 から ) 無			
参 考				
上記のとおり、お届けします。 ※ 保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受け ることに同意します。 令和 年 月 日  (提出先) 大 阪 市 長  世 帯 主 住 所 氏 名 (電 話 )				