

記入例

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	阪国北 012345	受傷者氏名	国保 花子 (昭平令 2・1・1生)	世帯主との続柄	本人
事故発生 年月日時	平(令)元年11月11日 午前 1時 午後	事故発生 の場所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号		
事故原因 と状況	〇〇〇〇の作業中に転倒し、右足を骨折した。				
事業主事項	住所(所在地) 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号 氏名(名称) 大阪〇〇株式会社 (業種 〇〇〇〇) (代表者氏名) 〇〇 〇〇 (電話 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
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 その他	円 円
	労働基準法にも とづく補償	有 無	補償金 円	内訳 医療費 その他	円 円
医療機関	所在地(住所) 大阪市北区中之島△丁目△番△号	名称(氏名) △△クリニック (電話 06-△△△△-△△△△)			
	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(令和元年 11月 11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 元年 11月 20日 (提出先) 大阪市長 世帯主 住所 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号 氏名 国保 花子 (電話 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇)					