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　　印

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	年　月　日
被災日時	年　月　日			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					