

## 事故・休業・出産等報告書

ADR社会保険労務士法人 御中

社員（正社員・パート・アルバイト）に保険給付事項が発生したため手続きを依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

印

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名		性別	男 ・ 女			
住所						
職種		TEL		マイナンバー	-	-
雇入年月日			職種経験期間			
発生種別	工作中・通勤途中・その他		保険給付	療養・休業・障害・出産		
発生日時	令和 年 月 日 時 分頃 事故の場合は必ず記入してください。					
休業日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
休業見込	月・週・日	災害発生的事实を確認した方の職名・氏名				
特記事項						
診療されている病院名						

※マイナンバーは郵送等でも構いません。マイナンバーの書かれた用紙はマイナンバーを塗りつぶすか用紙を破棄します。

事故状況	① どこで  ② 何をしているとき  ③ どのような状況で  ④ どのような災害が	略図（発生時の状況を図示してください。）
事故の場合のみ記入		

分娩日	令和 年 月 日	生産・死産	生産児数	人	死産児数	人
フリガナ		妊娠経過時間	ヶ月 週			
出生児氏名		出生児の続柄				
配偶者氏名		配偶者生年月日	T・S・H	年	月	日

