

保険給付手続依頼書

Uplus LLC・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 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
住所			
職種		TEL	
雇入年月日	S・H 年 月 日	職種経験期間	
発生種別	仕事中・通勤途中・その他	保険給付	療養・休業・障害
発生日時	平成 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	平成 年 月 日 ～ 平成 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	
診療されている病院名			
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			