|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | 　　　　　　 |
| 分類番号 | 　　　　　　 |

年　　月　　日

農業者労働災害共済継続療養報告書

坂井市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　対象者

住所（所在地）

氏名（名称）

先に届け出た共済事故については、未だ治癒しておらず継続して療養する必要が（障害の有無や等級が不明で）ありますので、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 【療養の状況】 | 医療機関名医師の氏名 |
| 事故発生から現在までの療養経過 | 入院期間　　　月　　日～　　　月　　日（　　日間）傷病の概要□治癒する見込み　　　月　　日ごろ□後遺障害が残る見込み□治癒する時期は未定（不明）※ いずれかに✓を入れてください。 |

※　傷病が治癒した時は、速やかに農業者労働災害共済金請求書を提出してく

ださい。