

2024年 月 日

ご担当者様

## 御依頼 労働災害補償保険 内容確認

拝啓

時下、ますますご隆昌のこととお喜び申し上げます。

早速ですが、当院にて〇〇様の傷病について確認したところ、労働災害補償保険の適用と判断いたしました為、下記の内容をご確認いただき、同封する申請書類に必要事項の記載、又は押印の程お願い申し上げます。

今後とも、引き続きご高配の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

### 傷病内容

- ・負傷原因：いつ、どこで、何を、どうなって、どこを 負傷
- ・負傷部位：① ②
- ・症状：① 〇〇痛(+++) ② 〇〇制限
- ・見込み治療期間：〇～〇週間
- ・見込み休業日数：〇日

以上

【お問合せ先】

〇〇治療院

TEL：00000000000

担当：〇〇