

労 災 手 続 書

会社名 _____ 様 _____

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------|----------------------------------|
| 1. 事故の状況 | | | |
| 事故発生日時 | 年 月 日 () | 午前・午後 | 時 分 頃 (当日の所定勤務時間 時 分から 時 分まで) |
| 被災場所 | | | |
| 被災状況 | | | |
| | | | |
| | 負傷の原因となった相手方はいますか? いる ・ いない | | |
| 休業見込日数 _____ 日 | | | |
| 2. 負傷従業員について | | | |
| (フリガナ) 氏 名 | (入社日 年 月 日) | 生年 月 日 | 年 月 日 (才) |
| 住 所 | 〒 _____ ☎ () | | |
| 職 種 (前職も含めた経験年数) | (年 月) | 傷病の部位及び 状況 | |
| 3. 相手方について (負傷の原因となった相手方がいる場合に、記入してください) | | | |
| (フリガナ) 氏 名 | | 生年 月 日 | 年 月 日 (才) |
| 住 所 | 〒 _____ ☎ () | | |
| 所属会社名 | | 所在地 | |
| 4. 病院・薬局等について (転医をした場合は、②もご記入ください。) | | | |
| 病院名 | ① 「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO | | |
| | ② 「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO | | |
| 所在地 | ① 〒 _____ ☎ () | | |
| | ② 〒 _____ ☎ () | | |
| 初診日 | ① 年 月 日 | | |
| | (転医日② 年 月 日) | | |
| ①の初診は、勤務時間中に かかりましたか? → YES ・ NO | | | |
| 薬局名 (所在地・☎) | () | | |
| 傷病名 | | | |

注意事項

- ・ 病院窓口で健康保険証を提示して清算をしないで下さい！
- ・ 現金給付が発生する場合、負傷者本人の銀行口座番号を後ほど確認させていただく場合があります。
- ・ 事故の状況がわかる「図」をご用意していただく場合もございます。