

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 (病院・薬局を変更した際は、②へ転医先と理由をご記入ください。)			
病院①	病院名		
	所在地 〒 _____ ☎ ()		
	「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO		
病院②	病院名		
	所在地 〒 _____ ☎ ()		
	「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO		
初診等	(①初診日 年 月 日)		
	(②転医日 年 月 日) (②転医理由 _____)		
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・☎)	① ()		
	② ()		
傷病名			
注意事項 他社勤務 (かけもちでの労働) をしている場合にはご連絡ください。			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院窓口で健康保険証を提示して清算をしないでください! ・ 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。 ・ 現金給付が発生する場合、ご本人の銀行口座番号を確認させていただく場合があります。 			