

# 労 災 手 続 書

会社名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_

<b>1. 事故の状況</b>			
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			
<b>2. 負傷従業員について</b>			
(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	
<b>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)</b>			
(フリガナ) 氏 名		生年 月 日	年 月 日 ( 才)
住 所	〒 _____ ☎ ( )		
所属会社名		所在地	
<b>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。)</b>			
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		
	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			
<b>注意事項</b> 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"> <li>・ 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!</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>			