労災事故発生連絡票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労災保険の各種給付申請書類には、事業主印・本人印ともに押印廃止になりました。  本件事故に係る申請を事業主が本人に代わりに行う場合は、事業主が本人の届出意思を確認してください。 | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 所属事業所 | | |  |
| 氏名 |  | | | 職種 | | |  |
| 住所・電話番号 | 〒　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　）　　　　― | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和・西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 事故発生日時 | 年　　　　月　　　　日（　　　　）　午前・午後　　　　　時　　　　　分頃 | | | | | | |
| 報告を受けた方の職・氏名 | 職名 | |  | | 氏名 | |  |
| 仕事中か？ | 業務上　・　通勤途中　・　それ以外の時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 災害の原因と  発生状況 | ①どのような場所で  ②どのような作業をしているときに  ③どのような状況で  ④どのような災害が発生したか  ⑤発生後の受診状況  □　勤務終了時刻まで働いてから受診　□　受診後、業務に戻った　□　すぐ受診し、以後働いていない  □　翌日以後に、受診した　遅れた理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 傷病の部位・状態 | 部位（　　　　　　　　　　　　　　）状態（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 病院 | 病院名 |  | | | | | |
| 受診日 | 年　　　月　　　日（　　） | | | | | |
| 住所 | 〒　　　― | | | | | |
| TEL | （　　　　）　　　― | | | | 労災指定病院か？（　はい　・　いいえ　・　不明　） | |
| 薬局  ※院外薬局利用の場合は詳細を記入してください | 薬局名 | ／　利用していない（院内処方） | | | | | |
| 利用日 | 年　　　月　　　日（　　） | | | | | |
| 住所 | 〒　　　― | | | | | |
| TEL | （　　　　）　　　― | | | | 労災指定薬局か？（　はい　・　いいえ　・　不明　） | |
| 健康保険証の使用 | 病院　　（　有　・　無　） | | | | | 薬局　　　　（　有　・　無　） | |
| 治療費の支払 | 病院　　（　有　・　無　） | | | | | 薬局　　　　（　有　・　無　） | |
| ※領収書は必ず保管しておいてください | | | | | | |
| 休業見込み  ※○をつけてください | （　有　・　無　）  ⇒有の場合の休業日数（　４日未満　・　４日以上　） | | | | | | |
| 災害の種別  ※○をつけてください | （　交通事故　・　傷害事件　・　その他　）  ※第三者による災害の場合「第三者行為災害届」の提出が必要になります  ※交通事故で相手がある場合「事故証明」が必要になります | | | | | | |
| 副業の有無 | （　有　・　無　）　⇒　有の場合の当社以外で勤務している事業所数（　　　　）カ所  ※休業補償の請求にあたって、副業先の事業主に証明書依頼が必要です | | | | | | |

ご記入いただけましたら、社労士法人ハーモニーまで送信ください。