

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。

フリガナ			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。