

# 労災事故発生連絡票

(20250801)

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	〒 <span style="float: right;">TEL</span>		
生年月日	西暦		
事故発生日時	西暦	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 <input type="checkbox"/> 勤務終了時刻まで働いてから受診 <input type="checkbox"/> 受診後、業務に戻った <input type="checkbox"/> すぐ受診し、以後働いていない <input type="checkbox"/> 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	西暦	
	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	西暦	
	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	( 通常の労災 ・ 第三者が絡む事故等 [→ 交通事故 ・ 傷害事件 ] ・ その他 ) ※第三者が絡む事故等の場合「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 (原本)」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。