

※太枠の中をご記入いただき、別紙の通勤経路図とともにご返信ください。

茨城労働保険管理協会

FAX 029-837-1813

(通災) 労災連絡表					受理日		R 年 月 日				受付者					
労働保険番号	0	8		0	4	9	3	6	2	5		枝番				
事業所名								事業主								
所在地								TEL								
被災者	アリガナ				性別	男・女		生年月日	年 月 日							
	氏名				年齢	歳		雇用年月日	年 月 日							
					社員 · パート社員 · アルバイト · 特別加入者											
	〒 TEL 住所								職種							
事故発生日時	令和 年 月 日 午前・午後							時 分頃								
出勤途中	住居を離れた時刻			午前・午後				時 分頃	通勤所要時間							
	就業開始予定時刻			午前・午後				時 分頃	時間 分							
帰宅途中	就業終了の時刻			午前・午後				時 分頃								
	就業場所を離れた時刻			午前・午後				時 分頃								
発生場所																
現場確認者	氏名		職名			第三者行為に該当		する・しない								
相手の有無	1.いない (自損事故)			2.いる (自身が加害者)			3.いる (自身が被害者)									
発生状況	※どのような状況で事故が発生してしまったか、詳しくお知らせください。															
負傷箇所	休業見込み <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無															
所定労働時間	時 分から				時 分まで				雇用保険資格		<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無				
賃金支払方法	月給・日給・時給()					賃金締/払		日締/当月・翌月			日払					
健康保険	<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用			病院		初診日： 月 日			<input type="radio"/> 指定	<input type="radio"/> 非指定						
協会記入欄	第 号 第 号					名称										
	第 号 第 号					住所 〒										
	第 号 第 号					TEL										
	第 号 第 号					薬局：利用あり (院外・院内) · 利用なし										
複数の医療機関、薬局をご利用の場合はこちらへご記入ください。																