

記入例

※太枠の中をご記入いただき、ご返信ください。 茨城労働保険管理協会FAX029-837-1813

(業務) 労災連絡表						受理日		R 年 月 日				受付者			
労働保険番号		0	8		0		9	3	6	2	5		枝番		
事業所名		株式会社 ○○商事							事業主		水戸 太郎				
所在地		つくば市○○1-1-1							TEL		029-123-4567				
被災者	フリガナ ヤマダ ハナ					性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		生年月日		H1 年 1 月 1 日				
	氏名 山田 花子					年齢	31 歳		雇用年月日		H28 年 4 月 1 日				
						<input checked="" type="radio"/> 社員 ・ パート社員 ・ アルバイト ・ 特別加入者									
	住所 〒305-0000 つくば市○○1-2-3					職種		製造作業							
事故発生日時		令和 2 年 2 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 午前・午後 10 時 45 分頃													
発生場所		<input checked="" type="radio"/> 事業所内 <input type="radio"/> 事業所支店 <input type="radio"/> 現場													
交通事故等相手方の有無		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)													
現場確認者		氏名 筑波 一郎			職名 同僚(製造作業)			第三者行為に該当 する・しない <input checked="" type="radio"/>							
発生状況(どこで、どのような作業中に…発生状況を詳しくお知らせください。)															
当事業所工場内において品物を製造中、カッターで部品を切っていたところ、手元が滑ってしまい、左手親指を切ってしまった。															
※機械を使用していた場合は、機械の名称等、災害発生の状況を詳しくお知らせください。															
※現場作業中の災害は現場住所も合わせてお知らせください。															
負傷箇所		左手親指 休業見込み 4日以上 (あり・ <input checked="" type="radio"/> なし・未定) / ~ / まで休業(全治 週間・ヵ月)													
所定労働時間		8 時 00 分から 17 時 00 分まで 雇用保険資格 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
賃金支払方法		月給・日給・時給(1,000) 経験年数 3 年 賃金締/払 20日締 <input checked="" type="radio"/> 当・翌月 末 日払													
健康保険証		<input type="radio"/> 使用 <input checked="" type="radio"/> 未使用 病院 初診日: 2 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 指定 <input type="radio"/> 非指定													
給付請求	第 号	第 号	名称 ○○総合病院												
	第 号	第 号	住所 〒305-0000 つくば市○○5-6-7												
	第 号	第 号	TEL 029-123-0001												
	第 号	第 号	薬局: 利用あり <input checked="" type="radio"/> 院外 <input type="radio"/> 院内 ・ 利用なし												
備考		※複数の医療機関、薬局をご利用の際はすべてお知らせください。													

災害発生時、一人であった場合は第一報告者の方をお知らせください。