

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 OO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 ヤマト ハコ				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			
					社員・パート社員・アルバイト・特別加入者								
	〒305-0000							職種	製造作業				
住所	つくば市○○1-2-3												
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						
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。													
休業見込み 4日以上 (あり・なし・未定)													
/ ~ / まで休業(全治 週間・カ月)													
負傷箇所	左手親指												
所定労働時間	8 時 00 分から 11 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・ <input checked="" type="radio"/> 時給(1,000)				経験年数	3 年		賃金締/払	20日締/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	第 号	第 号	名称	○○総合病院							
	第 号	第 号	第 号	第 号	住所	〒305-0000 つくば市○○5-6-7							
	第 号	第 号	第 号	第 号	TEL	029-123-0001							
	第 号	第 号	第 号	第 号	薬局	利用あり (院外・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。