

労災事故（業務上）連絡表

労災の申請手続きに必要な情報となります。下記の①～⑩の内容についてご回答及び被災状況略図をご記入頂き、FAX、メール、またはご郵送にてお送りください。

① 被災労働者について

被災労働者名		被災労働者住所			職種
		〒 - 連絡先 ()			
性別	男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日		
当日の業務開始時刻		時 分	整理番号（加入証明に記載）		

② 負傷年月日 令和 年 月 日

③ 負傷時刻 午前・後 時 分頃

④ 現認者 職名 氏名

⑤ 傷病名

⑥ 病院名 (名称)

(労災指定) 有 ・ 無 (労災使用の申出) した ・ していない (立替払い) あり ・ なし
〒 (所在地) (TEL) ()

⑦ 薬局名 (名称)

(労災指定) 有 ・ 無 (労災使用の申出) した ・ していない (立替払い) あり ・ なし
〒 (所在地) (TEL) ()

⑧ 4日以上の休業 有 ・ 無

⑨ 第三者による災害? はい ・ いいえ

⑩ 負傷した原因及び発生状況

どのような場所で（工事の場合は現場の名称・所在地）

相手がいる場合には、別途「事故報告書（第三者行為災害）」をお送りいたしますので、ご記入の上、FAXにてご返信願います。

どのような作業・行動をしているときに

どのような状況で災害が発生したか

関東一人親方労災保険協力会

〒101-0024 千代田区神田和泉町 1-13-1 水戸部ビル 4 階

TEL03-5829-5049 FAX03-5829-5051

メール info@kanto-rousai.com