

様

平成 年 月 日

岡 経 営 労 務 事 務 所
 TEL. 045-471-7749
 FAX. 045-471-7759

労災事故お伺い書

様 労災事故の件について

以下わかる範囲で構いませんので、★印にご記入をお願いします。
 ご記入後、お手数をおかけしますが、FAX、メール等で早めにご返信をお願いします。

負傷者の	ふりがな	
	氏名	
	職種 ★	
	生年月日 ★	年 月 日
	現住所 ★	
事故が起きた	日時 ★	平成 年 月 日 ★ AM ・ PM 時 分頃
	場所 ★ (所在地)	
現認者(近く にいた方)の	氏名 ★	
	職種 ★	
治療を受けた病院は ★	【 】 (1. 労災の指定医 2. 労災の非指定医)	
病院の名称	★	
病院の所在地	★	
病院で最初に受診した日	★ 年 月 日	
病院の費用は ★ (領収書を確認。正確に記入)	1. 病院から労災書類(様式5号)を提出するように指示されている 2. 全額自費負担 3. 健康保険証を使用(→欄外※印を確認) 4. その他()	
その後、病院を	★ 変更しない ・ 変更した → ★変更後の病院名・所在地・変更日・労災指定医の該当を連絡下さい	
薬を処方した薬局は ★	【 】 (1. 労災の指定薬局 2. 労災の非指定薬局)	
薬局の名称	★	
薬局の所在地	★	
薬局に行った日	★ 年 月 日	
薬局の費用は ★ (領収書を確認。正確に記入)	1. 薬局から労災書類(様式5号)を提出するように指示されている 2. 全額自費負担 3. 健康保険証を使用(→欄外※印を確認) 4. その他()	
事故の起きた状況をご記入下さい。		
★①どのような場所で ②どのような作業をしていたときに ③どのような物または環境に ④どのような不安全な状態があつて ⑤どのようにしてケガをしたか		
★機械、工具を使用していた場合は、その名称、型番、容量など		
★製品作成中の場合は、製品の寸法、重量、材質など		

負傷の箇所 ★

負傷の状態 ★

長期休業(4日以上)となる場合には、病院で診断書をお取りいただき(実費)あわせて以下をご確認下さい。こちらは後日で構いません。

- ★ 1. 正式傷病名
- ★ 2. 休業見込日数

※ 仕事中のケガについては、原則、健康保険は使用できません

健康保険証を使用している場合には、早急に病院(薬局)へ労災である旨を申し出てください
健康保険を取消ししてください(後日の手続が本人・事業所とも大変複雑になります)