FAX:045-313-6177



事件番号※事務所使用

従業員[労災事故]連絡・手続依頼書

|太枠内をご記入の上、当事務所へFAXをお願い致します。 生年月日T・S・H フリガナ 被災者氏名 女 電話番号(※住所の読み仮名が難しい場合はフリガナをお願い致します。 〒() – (住 所 職種・経験年数 職種: 分 平成 月 日 (午前 · 午後) 事故発生日時 〒(※住所の読み仮名が難しい場合はフリガナをお願い致します。 事故現場の住所 傷病名·部位 初診日:平成 年 月 日 病院名 (労災指定・指定外) 事故発生日と初診日が異なる理由: (4日未満 ・ 4日以上 日) 転院の有無(有・無) 休業見込み・転院 氏名 職名 現認者 (目撃者) 振込先金融機関 銀行・信金 支店 (普通・当座)番号 ※本人口座 図解 災害原因及び発生状況 ①どのような場所で ②どのような作業をしているときに_____ ③どのような物または環境で_ ④どのような不安全なまたは有害な状態があって ⑤どのようにして災害が発生したか 建設工事のとき (元請・下請)下請の場合は、元請会社名:

上記の通り相違ありません。所要の手続を依頼します。

平成 年 月 日

(所在地)

事業主(商 号)

◍

(代表者)

〒221-0834 横浜市神奈川区台町13-8-203

望月行政•社劳士事務所 行政書士·社会保険労務士 **望月昭男**

TEL (045) 313-6188 FAX (045) 313-6177

労災事故調書 (事務所内使用)

事件番号※事務所使用	

	氏名										
労災の	種別		業務上	(No.) • 通	·勤(No.) • ‡	現場(No.))
労災保	:険番号										
			交通事	故 ·	傷智	害事件	・ その他				
事故の種別 □第3者行為該当			(1)交通事故の場合、相手(有・無) →相手は (自動車・バイク・自転車・歩行者) 相手の確認(確認した・不明) 相手側が (加害者・被害者・責任割合) 相手の負傷(負傷した・負傷なし)								
		発生原因	+ 105	1. Ø O L	¥ -1-	7 F +X-	► . 10 F o F -	类十二	記憶見 /	С 口 株子/->/	
• 療養	費給付 担当	(5号禄	式・16月	50036	表式・	7 号禄立	弋・16号の 5 [▽] 押印〒	表式)・ 甲 〒受領	転院届 (提出日	6 号様式 <i>)</i> 郵送日	備考
			に提出する			71.1	. 2012	7C 11	211011	VII 3	
号		※本人な	5病院に	提出す	る		×	×	×	/	
号 7号 1回		※本人な	が病院に	提出す 	る		×	×	×	/	
7号		※本人だ	i病院に 	提出す 	·る						
7号 1回 7号 2回		※本人が 告(23-		提出す	`る 		/	/	/	/	
7号 1回 7号 2回	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	告(23号	号様式)				押印〒	/	/	返却日	備考
7号 1回 7号 2回 · 死信	担当	告(235※休業4	号様式) 4 日以上	のとき	提出		/	/	/	/	備考
7号 1回 7号 2回 • 死信	担当	告(23号	号様式) 4 日以上	のとき	提出		押印〒	/	/	返却日	備考
7号 1回 7号 2回 • 死信	担当 業 給 付	告(235※休業4	号様式) 4 日以上 様式・16	のとき	提出		押印下	〒受領	提出日	返却日	
7号 1回 7号 2回 · 死 23号	担当 業 給 付	告(23 %	号様式) 4 日以上 様式・16	のとき	提出		押印〒	〒受領 /	提出日	返却日	
7号 1回 7号 2回 ・ 死信 23号 ・ 休	担当 業 給 付	告(23 ※休業 ² 寸(8号様	号様式) 4 日以上 様式・16	のとき 号の 6 間(証明 ~	提出		押印下	〒受領	提出日	返却日	
7号 1回 7号 2回 · 死 23号 · 休	担当 業 給 付	告(23 ※休業 寸(8号 年 年	号様式) 4 日以上 様式・16	のとき 号の 6 間(証明 ~	提出様式)月期間)		押印〒	〒受領 /	提出日	返却日	
7号 1回 7号 2回 · 死 23号 · 休 1回 2回 3回	担当 業 給 付	告(23 ※休業 寸(8号 年 年	号様式) 4 日以上 様式・16 休業期 /	のとき 号の 6 間(証明 ~ ~	提出様式)月期間)			/ / 一 一 一 ()	/ 提出日 / 提出日	返却日	