



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。

フリガ 被災者氏名	男 生年月日T・S・H 年 月 日 女 電話番号() -
フリガ 住 所	〒()-() ※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。
職種・経験年数	職種： _____ 経験年数： _____ 年 所定労働時間： _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分
事故発生日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分頃
事故現場の住所	〒()-() ※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。
傷病名・部位	
病院名	_____ 初診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (労災指定・指定外) 事故発生日と初診日が異なる理由：
休業見込み・転院	(4日未満 ・ 4日以上 _____ 日) 転院の有無 (有 ・ 無)
現認者 (目撃者)	職名 _____ 氏名 _____
振込先金融機関 ※本人口座	銀行・信金 _____ 支店 (普通・当座) 番号 _____
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つて _____ _____ 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： _____ 工事名： _____	
図解	

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・社労士事務所
 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
—

被災者氏名	
労災の種別	業務上 (No.) ・ 通勤 (No.) ・ 現場 (No.)
労災保険番号	
事故の種別	交通事故 ・ 傷害事件 ・ その他
	(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) 示談 (した・する予定・しない) (2) 傷害事件の場合、警察への届出 (有 ・ 無) →相手の確認 (確認した・不明) 示談 (した・する予定・しない)
<input type="checkbox"/> 第3者行為該当 <input type="checkbox"/> 負傷原因届	
災害状況及び発生原因	

・療養費給付（5号様式・16号の3様式・7号様式・16号の5様式）・転院届（6号様式）

	担当		押印	受領	提出日	郵送日	備考
号		※本人が病院に提出する	×	×	×	/	
7号 1回			/	/	/	/	
7号 2回			/	/	/	/	

・死傷病報告（23号様式）

	担当		押印	受領	提出日	返却日	備考
23号		※休業4日以上るとき提出	/	/	/	/	

・休業給付（8号様式・16号の6様式）

	担当	休業期間（証明期間）	押印	受領	提出日	返却日	備考
1回		年 / ~ /	/	/	/	/	
2回		年 / ~ /	/	/	/	/	
3回		年 / ~ /	/	/	/	/	
4回		年 / ~ /	/	/	/	/	
5回		年 / ~ /	/	/	/	/	
6回		年 / ~ /	/	/	/	/	