

労災発生連絡票（業務上）

三井田労務管理事務所

連絡元 社名 _____

_____ 様

担当者 _____

1. 被災者 会社名： _____
 部署名： _____ 職 種： _____
フリガナ
 氏 名： _____ 男 / 女 _____ 生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳)
フリガナ
 住 所<自宅>： (〒 _____ - _____) _____
 TEL<自宅>： _____

2. 災害発生について

発生日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ 頃

現認者： _____ 職 種： _____
 所在地<事業所>： (〒 _____ - _____) _____
 TEL<事業所>： _____

状況

[どこで] _____
 [どんな仕事をしている時に] _____

 [どの様に] _____

 [どの部分を] _____

※ 合計3日を超える欠勤の見込み 有 / 無

※ かなり詳細に記入してください。

3. 病院について 病院名： _____
 所在地： (〒 _____ - _____) _____
 TEL： _____
 労災指定病院 _____： 有 / 無 / 不明
 費用の個人負担額 _____： 全額 / 一部 / 未払
 調剤薬局の利用 _____： 有 / 無

上記内容にて作成をお願い致します。

※ FAX して下さい ; 03-3841-7363