

平成 年 月 日

労災 号様式 作成依頼

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. 災害発生日時： 年 月 日 () : 頃

3. 現認者（事故の目撃者又は最初に報告を受けた方）について
 氏名： _____ 職種： _____
 所在地<事業所>：(〒 -) _____
 TEL<事業所>： _____

4. 状況の詳細 休業の有無： 無 / 有（有の場合：休業見込み 日・月）
 （有の場合：事故当日の所定労働時間 : ~ : ）
 [いつ] _____
 [どこで] _____
 [どんな仕事をしている時に] _____

 [どの様に] _____

 [どの部分を] _____

※ かなり詳細に記入してください。

5. 病院について 病院名： _____
 所在地：(〒 -) _____
 TEL： _____
 労災指定病院の有無： 有 / 無 費用の個人負担額： 全額 / 一部 / 未払

6. 薬局について 薬局名： _____
 所在地：(〒 -) _____
 TEL： _____
 労災指定の有無： 有 / 無 費用の個人負担額： 全額 / 一部 / 未払

ご記入のうえ、FAXにてご連絡ください。