

労 災 発 生 時 確 認 事 項

2009.12.28改訂

以下の1～11の項目をご確認・記入の上、返信下さいませ。
 労基署提出様式は、当事務所にて作成の上、お渡し致します。

1	事故発生日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 : 頃
2	対象者	①職種 ②氏名 フリガナ ③生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日 ④性別 ⑤住所 ⑥電話番号 () -
3	第三者による事故ですか？	はい ・ いいえ
4	ケガの部位・状況	右 or 左 の
5	①初診日 ②傷病した日と初診日が相違している場合は、その理由	年 月 日 ()
6	病院について ※転院している場合は、すべての病院名をお知らせ下さい。	病院名： (労災指定 ・ 指定外) TEL： () -
7	休業期間等	日間 そのうち 入院 日 (予定)
8	相手方について	フリガナ
	①氏名 (フリガナ) ・ 生年月日	(昭和 ・ 平成 年 月 日生)
	②住所	
	③電話番号	
	相手方の任意保険について	
	④証明書番号	
	⑤保険契約者の氏名	
	⑥保険契約者の住所	
	⑦保険会社名	
	⑧保険会社の所在地	
	相手方が業務中であった場合	
	⑨会社名	
	⑩会社所在地	
	⑪会社電話番号	
	⑫会社代表者名	
9	添付書類	①事故証明 1通【必ず】 ②診断書 (あれば)

裏面もご記入下さい

返信先 : 水城社会保険労務士事務所 FAX 0943-72-2023

10	自宅から勤務先までの 通勤経路図 および 事故発生場所（地点）	
11	事故状況 ①どのような場所で ②どのような作業をしている時に ③どのような物又は環境に ④どのような不完全（有害）な 状態があつて ⑤どのような災害が発生したか	