

2009.12.28改訂

以下の1～8の項目をご記入の上、返信下さいませ。（診断書等あれば、添付お願いします。）

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	労災発生日（傷病した日）	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	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 状態があって ⑤どのような災害が発生したか	①場所 （詳しく）	
4	ケガの部位・状況	右 or 左 の ※診断書あれば添付	
5	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：（ ） —	
6	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（ ）	
7	現認者（いない場合は、直属の上長）	①職名 ②氏名	
8	休業期間等	____日間 そのうち 入院 ____日（予定） （4日以上休業の場合、発生時の状況を図示した略図が必要） *** 略図 ***	