労 災 連 絡

R4.9.20

⇒ 社会保険労務士法人ひまわりFAX 058-215-5078

被災者 氏名		職種		経験	年 月
現認者 氏名		職種			
被災日時	月　　日　◉午前　○午後　　時　　分頃				
被災場所	例)会社工場内、会社駐車場　会社以外であれば住所を記載して下さい。				
傷病の部位・状態	例) 左目 切傷 、右足小指骨折				
被災状況	どのような作業をしていましたか？ 例)荷物(重さ○○kgの積み下ろし作業中、○○を切断加工中、掃除中 など) 例)自宅から会社へ向かう通勤途中で				
	被災時の状況(どのような状態で被災されたかを記載して下さい。) 例)誤ってスイッチが入った、ペダルを踏み外した 例)信号待ちで停車中に、後部より追突された				
	□機械を使用していた場合(機械名:　　) ※扱っていたものの大きさ、重さ ⇒ □共同作業の場合　(相手の氏名:　　) ※貴社以外の方の場合、所属先事業所名　⇒				
病院名					
薬局名					
休業見込み	○休業しない ○休業する ⇒　　○日 ○週 ○ヵ月 程度				

被災者情報

(フリガナ)			
氏名			
生年月日		性別	
住所	郵便番号		
電話番号			
複数就業有無	○無 ○有 ⇒ その数　　社	特別加入	○無 ○有