

労災請求手続依頼連絡シート

健康保険証は使用できません。医療機関等に業務中の負傷である旨をお伝えください。

令和 年 月 日

会社名			
会社所在地	〒 TEL		
被災者の所属事業所の名称	上記と異なる場合のみ記入してください(支店名等)		
所在地	〒 TEL		
2以上勤務の確認	副業の有無について:上記以外の他社で就業を(していない ・ している)		
(フリガナ)			
被災者氏名			(男 ・ 女)
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	平成	職種
(フリガナ)			
被災者住所	〒 TEL		
所定労働時間	午前 時 ~ 午後 時	雇入れ日	年 月 日
賃金	日締め 日払い	月給 ・ 日給月給	日給 ・ 時給
負傷年月日・時刻	令和 年 月 日	午前 午後	時 分 頃
受診年月日・時刻	令和 年 月 日	午前 午後	時 分 頃
災害を確認した者 の氏名(報告を受けた人)	受診日が被災当日でない場合はその理由 ()		
職名	職種		
氏名			
病院名称			
病院所在地	〒 TEL		
労災指定病院かどうか	<input type="checkbox"/> 労災指定病院である <input type="checkbox"/> 労災指定病院ではない	掛かっている病院は	<input type="checkbox"/> 1箇所だけ <input type="checkbox"/> 2箇所以上
病院名称②	※複数かかっている場合のみ記入<2箇所目への転院理由:医師の指示 / 精密検査/その他()>		
病院所在地②	〒 TEL		
薬局用	(要 ・ 不要)	<input type="checkbox"/> 労災指定薬局である <input type="checkbox"/> 労災指定薬局ではない	
薬局名称			
薬局所在地	〒 TEL		
負傷した場所(住所)・災害の原因(どのような作業中に)・発生状況(どのような原因、状態で)・どうなったか等を 詳しく具体的に記入してください			
事業所以外で負傷した場合(現場名 負傷した部位及び状態 ()		/ 現場所在地 ()	
傷病のため4日以上休む可能性 * 1		<input type="checkbox"/> ある(休業予定日数 日) <input type="checkbox"/> 休んでいないし、休む必要もない	
第三者行為災害 *2	(第三者行為災害である ・ 第三者行為災害でない)		

* 1 休業4日以上の負傷の場合は労働安全衛生法にもとづき『労働者死傷病報告』の提出が義務付けられています。

* 2 相手方の居る事故の場合は『第三者行為災害届』の提出が義務付けられています。

顧問先様以外の作成・提出代行の場合は、別途お手数料(死傷病報告書10,000円/第三者行為災害届15,000円、税抜)が生じます。