

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 平成	年	月	日	(歳)	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		
	受診日が被災当日でない場合はその理由 ()										
災害を確認した者の氏名(報告を受けた人)	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 / 現場所在地)											
負傷した部位及び状態 ()											
傷病のため4日以上休む可能性 <input type="checkbox"/> ある(休業予定日数 日) *1 <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日以上を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。

社会保険労務士法人 吉池労務管理事務所 FAX 048(885)2112
TEL 048(885)2816