

# 通勤災害 労災請求手続依頼連絡シート①

健康保険証は使用できません。医療機関等に通勤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	〒				
所定労働時間	午前	時	～	午後	時
賃金	日締め	日払い	月給	・ 日給	・ 時給
負傷年月日・時刻	令和	年	月	日	午前 午後
受診年月日・時刻	令和	年	月	日	午前 午後
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		
災害発生日の 始業時刻			時	分	
災害発生日の 終業時刻			時	分	
出勤途中・ 帰宅途中	( 出勤途中の災害である ・ 帰宅途中の災害である )				
住居を離れた 時刻			時	分 頃	
就業場所を 離れた時刻			時	分 頃	
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) <input type="checkbox"/> 休んでいないし、休む必要もない				

# 通勤災害 労災請求手続依頼連絡シート②

令和 年 月 日

会社名			
(フリガナ)			
被災者氏名			
第三者行為災害	( 第三者行為災害である ・ 第三者行為災害でない ) <small>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おり、顧問先様以外の作成・提出代行の場合は、別途お手数料(15,000円税別)が生じます。</small>		
負傷した場所(住所)・災害の原因・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			
地図			
①出勤途中の災害の場合・・・住居から就業場所までの経路・所要時間・災害場所をご記入ください			
②帰宅途中の災害の場合・・・就業場所から住居までの経路・所要時間・災害場所をご記入ください			
所要時間			時間 分