

# 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 年 月 日 ( 歳 )	職種
(フリガナ)	〒 TEL	
被災者住所		
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
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	( 出勤中の災害である ・ 帰宅中の災害である )	
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 ) 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。		
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			