

# 労災発生連絡票

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

担当 \_\_\_\_\_ 様 連絡元 担当者名 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ 営業所名 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 男

負傷した労働者の氏名 \_\_\_\_\_ 女 職種 \_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

フリガナ \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

診療を受けた病院 労災指定病院・労災指定病院以外・不明

災害発生の日 令和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 時刻 午前・午後\_\_時\_\_分頃出勤時・退社時

災害発生の場所 \_\_\_\_\_ 第三者(加害者)あり・なし

交通事故の場合、事故 届提出済み・未提出(理由: \_\_\_\_\_ )

出勤時の場合、家を出た時刻 [午前 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分]

退勤時の場合、職場を出た時刻 [午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分]

当日の就業時間 午前・午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分～午前・午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分

合計3日を超える欠勤の見込み あり/なし

現認者氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

災害発生の原因と状況(負傷の内容もできるだけ詳しく記入)

【どこで】

.....

【どの様に】

.....

【どここの部分を】

.....

通勤経路の略図(所要時間もご記入ください。)

平常時

災害発生時