

# 労災・通災連絡票（FAX送信用）

①労働者について

ヨミガナ		電話番号
氏名		( )
住所	〒	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
仕事の内容	経験年数 年 月	

②現認者（監督管理者）について

氏名		職名	
----	--	----	--

③災害の発生状況について

負傷または発病年月日	年 月 日 AM・PM 時 分
どこで	
何をしている時に	
どんな状態で	
どうなって	
どこを	
どうした	
初めて病院に行った日（初診日）	年 月 日 AM・PM 時 分
災害発生当日に病院に行かなかった場合の理由	
傷病名	
傷病の部位	
休業見込日数	

④被害状況の略図※通勤災害は別紙の通勤災害連絡票もご記入ください。


⑤病院、薬局について

病院名		薬局名	
労災指定	有・無 支払状況 ( )	労災指定	有・無 支払状況 ( )
病院所在地	〒	薬局所在地	〒
電話番号		電話番号	

※その他不明な点等ございましたら、弊事務所まで御連絡ください。