

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。