

様

平成 年 月 日

下記の事項をご記入の上【至急】FAXお願いします。

受付
番号

業務災害事故報告

●負傷者					
フリガナ		性別	生年月日	所属事業場	職種
氏名		男 女	大 平 昭 年 月 日	本社・()	
現住所	〒 - -	電話番号	- -	派遣社員	経験年数
				である・でない	年 月
●負傷日時		●確認者		●負傷状況	
年 月 日	職名	休業見込	有(日位) ・ 無		
午前 午後 時 分頃	氏名	傷病名	部位		
●病 院					
名称		労災指定	院外薬局		
住所	〒 - -	電話番号	- -	有・無	有・無
				柔道整復師	
				委任払い 有・無	
●災害発生状況及び原因			●略図 (負傷時の状況を図示してください。)		
①どのような場所で、どのような作業をしているときに、どのような状況で負傷したか、詳しく記入してください。					
②建設業は、現場の住所・工事件名・発注元を記入してください。					
.....					
.....					
.....					
.....					

●請求手続の手順

- この様式に記入して労務協会へFAX(042-486-3727へ)する。
 ○当社が作成した提出用紙に、会社/本人欄に記名捺印して病院へ提出する。
 ○休業が4日以上の場合、休業給付請求書に病院の証明を受ける必要があります。
 ○転院などある場合、ご相談下さい。 <詳細は担当までお問合せください。>

(会社ゴム印) 上記手続依頼します。

西東京労務協会
 TEL042-486-3383
 FAX042-486-3727
 http://www.roumu.or.jp

受付
番号

(労務協会使用欄)

受付日		業務区分		送信	年 月 日	作成提出	年 月 日
受付者		受付方法		業務種類		受信	年 月 日
未 処 理 経 過	月 日						
	月 日						
	月 日						