

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

通勤災害事故報告

●負傷者
フリガナ
氏名
現住所
●負傷日時
●確認者
●負傷状況
●病院
●災害発生状況及び原因
●略図
(通常の通勤所要時間 時間 分)

●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。
○当会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
手交方法
直接 郵送 その他
未処理経過
月日