

事故発生報告票【業務災害用】

		報告日		令和	年	月	日
フリガナ				会員番号		-	
加入者氏名				携帯電話		- -	
加入者の生年月日 (元号:T,S,H,Rで表記)		年 月 日		メールアドレス			
加入者の現住所		〒 -					
発 生 状 況	事故発生日・時刻 (疾病のときは初診日)	令和 年 月 日		午前 午後		時 分 頃	
	事故発生場所						
	事故の内容	① どのような仕事(作業)をしているときの事故ですか。 例)を参考にできるだけ具体的にご記入ください。 例) A会社との〇月〇日からの契約で、同社でIT業務に従事しているとき、同社事務所でITプロジェクトについて関係者と打合せを行ったのち、別の場所にある同社ITシステムセンターでIT業務を行うため同センターへ向かっているとき、など。 なお、顧客との契約に関して、メール・口頭等のみで文書がない場合であっても、労働基準監督署において発注や報酬、支払の実態を調査したうえで適切に判断することとなります。					
		② どのような状況で負傷されましたか。					
		③ 傷病の部位及び傷病名をご記入ください。					
	事故の現認者 又は報告先	氏名		役職名		電話	- -
	事故のときの 契約相手先	名称			電話	- -	
所在地		〒 -					
負傷の程度		① いつ頃まで治療が必要ですか。(見込) 令和 年 月 日 頃まで			② 全く仕事ができず休業の可能性がある場合 日くらい仕事ができない見込み		
受診した医療機関 (健康保険を使用 の場合は☑印) 健保使用有	名称						
	住所	〒 - 電話 - -					
調剤薬局(院外処方) (健康保険を使用 の場合は☑印) 健保使用有	名称						
	住所	〒 - 電話 - -					

※ この報告票はあくまでも当センター用です。労災保険給付の請求には別途所定の請求書類の提出が必要となります。