

■ 労災連絡票 ■

早稲田社労士事務所宛

御社名

FAX:03-6459-6826

①労働者

フリガナ
氏名 _____ 職種 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 生

現住所 〒 _____

電話番号 _____

マイナンバー _____ (休業見込)

②負傷年月日・休業見込

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 おおよそ _____ 日・月 程度

(災害場所)

③災害発生場所
及び時刻

午前/午後 _____ 時 _____ 分頃

④現場見取り図

災害発生状況 (できるだけ詳しくご記入ください)

⑤治療を受けている労災指定病院名

(治療費等の支払 → 有・無)

名称 _____

所在地 〒 _____

TEL () _____

⑥病院とは別に薬局にかかった場合

(薬代等の支払 → 有・無)

薬局名 _____

所在地 〒 _____

TEL () _____

⑦負傷箇所及び状態

⑧現認者氏名(役職)

(現場責任者又は最初に報告を受けられた方)

_____ () _____

⑨災害場所から住居までの経路、方法及び所要時間 (以下通勤災害の場合のみ)

会社 → _____

→ 自宅

通常の通勤所要時間 _____ 時間 _____ 分

⑩災害発生当日に自宅を離れた時間

午前 / 午後 _____ 時 _____ 分頃

会社を離れた時間

午前 / 午後 _____ 時 _____ 分頃