

業務災害報告書

業務災害（労災上積み）が発生したら、
下記事項を確認して直ちにご連絡ください。

F A X : 0284-65-0245

日時		令和	年	月	日	午前・午後	時	分頃
受傷者	氏名	かな						
		漢字						
	生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日生まれ		
	住所 (地番まで)	都・道・府・県			市・区・郡			
事故発生場所	場所	県			市		町	
	施設名 または現場名							
事故時の状況	負傷部位と 負傷状況 (例：右足首捻挫)							
	事故時の状況 をご記入ください。							
通院の状況	通院先	病院名						
		TEL						
	初診日	令和	年	月	日			
治療費について	(該当に○を) ⇒ 労災 ・ 健康保険 ・ 健康保険使用せず							
ご連絡先	貴社名							
	担当者様							
	TEL							