

※太枠の中をご記入いただき、ご返信ください。 茨城労働保険管理協会 FAX 029-837-1813

(業務) 労災連絡表				受理日		R 年 月 日				受付者						
労働保険番号		0	8		0		9	3	6	2	5	枝番				
事業所名						事業主										
所在地						TEL										
被災者	フリガナ					性別	男・女		生年月日		年 月 日					
	氏名					年齢	歳		雇用年月日		年 月 日					
						社員 ・ パート社員 ・ アルバイト ・ 特別加入者										
	〒										職種					
住所																
事故発生日時		令和		年		月		日		午前・午後		時		分頃		
発生場所		<input type="radio"/> 事業所内 <input type="radio"/> 事業所支店 <input type="radio"/> 現場														
交通事故等相手方の有無			<input type="radio"/> 1.いない(自損事故) <input type="radio"/> 2.いる(自身が加害者) <input type="radio"/> 3.いる(自身が被害者)													
現場確認者		氏名				職名				第三者行為に該当 する・しない						
発生状況																
負傷箇所		休業見込み 4日以上 (あり・なし・未定) / ~ / まで休業(全治 週間・ヵ月)														
所定労働時間		時 分から		時 分まで		雇用保険資格 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
賃金支払方法		月給・日給・時給()				経験年数		年		賃金締/払		日締/当・翌月 日払				
健康保険証		<input type="radio"/> 使用 <input type="radio"/> 未使用				病院 初診日： 月 日 <input type="radio"/> 指定 <input type="radio"/> 非指定										
給付請求	第 号		第 号		名称											
	第 号		第 号		住所 〒											
	第 号		第 号		TEL											
	第 号		第 号		薬局：利用あり(院外・院内)・利用なし											
備考																