

記入例

※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FAX029-837-1813

(通災) 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				株式会社 ○○商事				事業主		水戸 太郎	
所在地				つくば市○○1-1-1				TEL		029-123-4567	
被災者	フリガナ ヤマダ ハナコ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	生年月日		H1 年 1 月 1 日			
	氏名 山田 花子			年齢	31 歳	雇用年月日		H28 年 4 月 1 日			
	〒305-0000 住所 つくば市○○1-2-3			社員・ <input checked="" type="radio"/> パート社員・アルバイト・特別加入者							
職種		製造作業									
事故発生日時		令和 2 年 2 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 午前・午後 7 時 45 分頃									
出勤途中	住居を離れた時刻		<input checked="" type="radio"/> 午前・午後 7 時 15 分頃		通勤所要時間						
	終業開始予定時刻		<input checked="" type="radio"/> 午前・午後 8 時 00 分頃								
帰宅途中	終業終了の時刻		午前・午後 時 分頃								
	終業場所を離れた時刻		午前・午後 時 分頃		時間 30 分						
発生場所		国道○号線 ○○交差点付近にて									
現場確認者		氏名 筑波 一郎		職名		第三者行為に該当 する・ <input checked="" type="radio"/> なし					
相手の有無		<input checked="" type="radio"/> 1. いない (自損事故) 2. いる (自身が加害者) 3. いる (自身が被害者)									
発生状況 (どこで、どのように…事故発生状況を詳しくお知らせください。)											
<p>自宅から自動車で出勤途中、つくば市内の国道○号線を○○方面へ走行中、○○交差点手前で路面が凍結していたためにタイヤがスリップして、反対車線のガードレールにぶつかってしまい、右半身に打撲を負ってしまった。</p>											
負傷箇所		右半身打撲		休業見込み		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 2週間					
所定労働時間		8 時 00 分から 17 時 00 分まで		雇用保険資格		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
賃金支払方法		月給・日給・ <input checked="" type="radio"/> 時給 (1,000)		賃金締/払		20 日締 <input checked="" type="radio"/> 当月・翌月 末日払					
健康保険		<input type="radio"/> 使用 <input checked="" type="radio"/> 未使用		病院		初診日: 2 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 指定 <input type="radio"/> 非指定					
給付請求	第 号 第 号		名称 ○○総合病院								
	第 号 第 号		住所 〒305-0000 つくば市○○5-6-7								
	第 号 第 号		TEL 029-123-0001								
	第 号 第 号		薬局: 利用あり (院外・院内) ・利用なし								
備考		※複数の医療機関、薬局をご利用の場合はすべてお知らせください。									

第一報告者の方