

※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											
	〒 TEL						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	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)											
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 ○有 ○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	○使用 ○未使用				病院 初診日:		月 日		○指定 ○非指定			
協会 給付 請求 欄	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							
複数の医療機関、薬局をご利用の場合はこちらにご記入ください。												