

※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

<b>(業務災害) 労災連絡表</b>				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 ハコ		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	H1年 4 月 1日				
	氏名	山田 花子		年齢	34 歳	雇用年月日	H28年 4 月 1日				
		<input checked="" type="radio"/> 社員 ・ パート社員 ・ アルバイト ・ 特別加入者									
	〒	305-0000		TEL	029-234-5378			職種	製造作業		
	つくば市○○1-2-3						他の就業先	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>			
事故発生日時	令和 5 年 10 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 午前 ・ 午後 9 時 15 分頃										
発生場所	<input type="radio"/> 事業所内 <input checked="" type="radio"/> 事業所支店 つくば市○○5-6-7 <input type="radio"/> 工場 <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	筑波 一郎		職名	製造作業		第三者行為に該当 する・ <input checked="" type="radio"/> しない				
発生状況 当事業所○○工場内において品物を製造中、カッターで部品を切っていたところ手を滑らせてしまい左手親指を切ってしまった。											
負傷箇所	左手親指				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	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	時給 ( 1,000円)		経験年数	8 年		賃金締/払	20日締/当・翌月31日払			
健康保険証	<input type="radio"/> 使用 <input checked="" type="radio"/> 未使用			病院	初診日: 10月 1日		<input checked="" type="radio"/> 指定 <input type="radio"/> 非指定				
協会記入欄 給付請求	第 号	第 号	第 号	名称	○○総合病院						
	第 号	第 号	第 号	住所	〒305-0000 つくば市1-2-3						
	第 号	第 号	第 号	TEL	029-123-1000						
	第 号	第 号	第 号	薬局: 利用あり ( <input checked="" type="radio"/> 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。											