

労災手続き下書き

怪我をした人の

フリガナ		職種	
氏名		生年月日	
住所	〒		
TEL		携帯	
		FAX	

怪我をした状況

日時	月	日	午前・午後	時	分ごろ
怪我をした部位					
怪我の状態					

怪我をした場所

怪我をした現場の住所	〒 -		
施主名		工事名	
怪我をしたときの作業内容・どのようにして怪我を負ったのか、詳しく記入			

現認者（事故を目撃した人・事故の一報を受けた人・工作中的の怪我と確認できる方）

氏名		職業	
住所	〒 -		

通院・入院している病院

今回の怪我で最初に病院へ行った日	月	日	
病院名		TEL	
住所	〒 -		
通院・入院予定日数		日	

薬局（病院と薬局の支払いが別の場合、記入してください）

薬局名		TEL	
住所	〒 -		

休業補償を請求しますか？（待機期間3日間） はい・いいえ