

# 労災事故連絡票

受付日 令和 年 月 日

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
事業所名	( )				
フリガナ 被災者氏名	性別	生年月日	被災発生日時		
	男・女	大昭 平	才	令和 年 月 日	AM・PM 時 分
自宅住所	〒				
	TEL				
職種 (具体的に)					
被災状況 (①～⑥を記入してください)					
①場所					
②作業内容					
③物、環境					
④状態					
⑤災害内容					
病院名	入院 ・ 通院				
所在地	TEL				
傷病の部位及び状態					
災害発生の事実を 確認した者の氏名・役職	氏名		役職		
休業見込日数	災害の別	労災指定	薬局	第三者による もの	
日	業務 災害 ・ 通勤 災害	有 ・ 無	院内・院外	有 ・ 無	

## 事務所記入欄

申請書作成		監督署提出		控返却	
-------	--	-------	--	-----	--