

お世話になっております。労災保険として病院に提出いたします  
書類の作成にともない、下記の事項をお知らせいただけますよう、お願いいたします。  
ご不明な点などございましたら、お問い合わせ下さい。

1 ケガをされた方の氏名、生年月日、住所、職種(作業内容)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( \_\_\_\_\_ 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

職種(作業内容) \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 代表者名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

2 ケガをした日・時間(できるだけ正確に)

日付: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 時間: 午: 前・後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ころ

3 現任者(けがをした状況を見ていた方か、報告を受けた方)

氏名: \_\_\_\_\_ 職名: \_\_\_\_\_

※休業補償などの時も現任者の方の証明が必要になる場合もありますので、証明などを  
してもらえる方をお願いします。

4 現場名・現場住所 ※現場名につきましては\*\*\*邸新築工事など具体的にお願いします。

現場名: \_\_\_\_\_

施主名: \_\_\_\_\_

現場住所: \_\_\_\_\_

5 ケガをした状況(詳細をお知らせ下さい。ケガの部位については左右等も明記ください)

① どの様な場所で、②どの様な作業をしているときに、③どの様な物又は環境で、④どの様な状  
態又は原因があつて、⑤どの様な災害(ケガの部位・左右・状況 ※ひねった・切ったなど具体的に  
お願いします。)⑥病院に行った日は

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 病院は、労災の指定病院ですか? 指定病院である・指定病院ではない

病院名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

7 病院外の薬局に行きましたか? 行った・行っていない 労災指定薬局である・指定病院ではない

薬局名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_