

## 業務災害発生記録報告書

災害者	フリガナ 氏名		職種	
	生年月日			
	住所 電話番号			
発生年月日時刻		平成 年 月 日・午前・午後 時 分		
現認者		職名 氏名		

### 1. 災害発生状況

どこで	
どのような仕事をしている時	
どんなもので	
どのようにして災害にあったか	
負傷した部位	
病名	
病院名	TEL ( ) -
住所 〒	
薬局	TEL ( ) -
住所 〒	

※転院先があるときは3項目にも記入願います。

## 2. 休業の状況

労災による療養のため休業 → している ・ していない

【休業している場合】

### ・ 添付書類

#### ① 賃金台帳

平成 年 月分 ～ 平成 年 月分

#### ② タイムカード

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

#### ③ 過去2年間に支払われた賞与

支給日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (金額 \_\_\_\_\_ 円)

支給日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (金額 \_\_\_\_\_ 円)

- ・ 希望振込口座 (銀行名、支店名、普通、口座番号、名義)
- ・ 所定労働時間 始業 時 分 ～ 終業 時 分
- ・ 雇入年月日 平成 年 月 日入社
- ・ 賃金形態 ( 月給 ・ 日給 ・ 時間給 )
- ・ 経験期間 ( \_\_\_\_\_ 年 または \_\_\_\_\_ ヶ月 )
- ・ 休業見込期間 ( \_\_\_\_\_ 週間 または \_\_\_\_\_ ヶ月 または \_\_\_\_\_ 年 )

### 3. 労災発生時の状況が分かるように図示してください。

--

1～3 までの内容について記載のうえ、立山事務所まで返送お願いします。

FAX : 0986-21-1812

#### 【転院先の情報】

病院名	TEL (       )	—
住所 〒		
薬局	TEL (       )	—
住所 〒		