

業務災害が発生したら！

- ・ 下記事項を確認して直ちにご連絡下さい。
- ・ 病院には「労災です」と言って下さい。
- ・ 健康保険証は使わないで下さい。

事業所	名称 所在地 電話番号 ()	
	所属事業場 名称： ※事業所と異なる 一括適用の支店等 所在地： 電話番号：	
ケガをした人	ふりがな 氏名 生年月日 S H R 年 月 日 住所 電話番号 ()	職種 経験年数 (通算) 年
	負傷の日 令和 年 月 日 () 午前 午後 時 分頃	
負傷の状況	どこで？ どんな作業をしていて？ どんな状態で？ どこをどのように負傷したのか？ (負傷の部位及び状態) ※負傷又は発病日と初診日が異なる場合はその理由	
現認者 (災害発生事実を確認した人)	氏名	職名
病院	病院名 所在地 電話番号 ()	最初病院へいった日 令和 年 月 日
	薬局	名称 所在地 電話番号 ()
転医したら	病院名 所在地 電話番号 ()	転医した日 令和 年 月 日