# 【労働災害】報告シート

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被 災<br>労働者 | 氏 名 | (フリガナ) | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 |
| | 住 所 | 〒　　－<br>TEL(　　)　　－ | | | 職種 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 災害<br>発生<br>日時 | 発 生<br>日 時 | 平成　　年　　月　　日 | 午前・午後　　時　　分 | |
| | 現認者<br>職名 | | 現認者<br>氏名 | |

現認者とは・・・災害を最初に確認した人、報告を受けた人のことです。

| | |
|---|---|
| 原因<br>および<br>状況 | ①どのような場所で(外出先の場合はその所在地・名称) |
| | |
| | ②どのような作業をしているときに |
| | |
| | ③どのような物又は環境で |
| | |
| | ④どのような不安全な状態があって(どうすれば災害が起きなかったか) |
| | |
| | ⑤どのように災害が発生したか(負傷した部位・傷病名) |
| | |
| | **労災給付振込口座【口座名義人:　　】＊原則本人名義口座となります** |
| | 銀行　　支店　　口座番号 |

| 略図(災害発生状況を図示) |
|---|
| |

| けがの程度 |
|---|
| 会社を休む必要が　ある　ない<br>「ある」場合は、　　日位 |
| 病院に提出する書類(分かる範囲) |
| 様式第　　号　(　　枚)<br>様式第　　号　(　　枚) |
| 病院情報 |
| 病院名: |
| |
| 住所:〒 |
| |
| 電話番号:(　　)　　－ |
| 薬の受取 |
| 無　・　有　⇒　院内薬局　・　院外薬局<br>薬局名:<br>TEL:(　　)　　ー |