

様

※お手数ですが①～⑭の印を必ずご記入の上
FAX 03-3851-8220までFAX願います。

労災発生報告 受付表

受付日 平成 年 月 日

基幹番号：570・571・160 -

支部名 _____ 支部 _____

屋号 (株)・(有)・(資)・(名) _____ 代表社名 _____

〒 - 住所：東京都 _____ 区・市 _____ 町 _____

TEL: _____ (_____) _____

①負傷日時 平成 年 月 日 () AM・PM : 頃

フリガナを記入する
②負傷者氏名 _____ ③生年月日M・T・S 年 月 日

④〒 - 住所 _____ 都・県 _____ 区・市 _____ 町 _____

⑤負傷者TEL _____ (_____)
⑥現認者氏名 _____ 職責(名) _____
本人以外で事故後、現場を見た人や
帰社後ケガを確認した人
←(バイト可、必ず記入)

⑦初診日 平成 年 月 日 () AM・PM : 頃

⑧病院名 _____ ※注 薬局名 _____
病院・診療所・接骨院・治療院 _____ 薬局TEL _____ (_____)
労災指定・労災指定外・その他 _____

病院所在地 _____ 病院TEL _____ (_____)

※注 病院内にて薬を貰えず外の薬局に行った場合は薬局名も記入して下さい。

⑨どのような場所で(例：店内、得意先、店頭、倉庫、駐車場等)

⑩どのような作業をしている時(例：配達、棚卸し、荷物移動、商品整理等)

⑪どのような物・環境に(例：ビニールケースに…台車に…冷蔵庫に…雨の中等)

⑫そのような状況・状態(例：滑りやすい、暗い中、狭い中で、等)

⑬どのような災害が発生したか(ケガをした内容・身体の部分を具体的に)

⑭備考(上記以外の内容で…例：通勤中、退社後の帰宅途中等)

様式 5, 6, 7-(), 8, 16-(), 他

記入したら東京味噌醤油組合 労災係
FAX番号 03-3851-8220 に送信して下さい