奈良県建設労働保険事務組合　行

FAX　0742－36－1718　/　メール　info@atnara.jp

労災保険受給申請 下書き用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 事業場名 | |
| 負  傷  者 | ふりがな  氏　　名 | | | 生年月日  　Ｓ  　Ｈ　　　年　　月　　日 |
| ふりがな  住　　所 | | | TEL  FAX |
| 職　　種 | 負傷年月日、時間（ケガした月日、時間）  午前  午後  　　令和　年　　　月　　　日（　）　　　　　　　　　時　　　　分頃  　①作業時　　　②通勤時　　　③その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 経験年数 |
| 医療機関受診日時：　　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分頃  負傷後病院へ［①勤務を終えてから　②直ちに勤務途中で　③その他（　　　　　　　　）］受診した | | | |

|  |
| --- |
| 負傷現場（どこで）　　　　　　　　　　　市　　　　　　　　　町　　　　　　　　　番地 |
| 建築主、施主（どこの、どなたの）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社 |
| 工事名（どの工事で）　　　　　　　　　住宅・事務所・店舗　　　　　　　　　　新築、改造、改築  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修理、増築 |
| ○○作業中（何をしている時）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　棟上、造作、解体  内装・外装・外構 |
| 負傷起因物（なにが）高さ何ｍ上より、大きさ、重さ、機械名、等 |
| 負傷原因（どうなって） |
| 負傷部位（身体のどこを） |
| 負傷名（どんなケガをしたか） |

の

工事現場で

作業中

が

負傷した。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診医療機関名（通院のみ・入院あり） | 処方を受けた薬局（支払いが医療機関と異なる場合） | |
| 転院先医療機関名（通院のみ・入院あり） |  | |
| 現認者名（現場に一緒にいた人等） | | 職種（関係） |