

労災番号 44- -01-930 -

**(1) 事故月日及び時間**

月 日 ( ) 午前 午後 時 分頃

**(2) ケガをした人について**

フリガナ  
(氏名)

(生年月日)

T・S・H 年 月 日 (満 歳)

(現住所) 〒

(電話番号) - -

(勤務時間)

朝 時 分～夕方 時 分

**(3) 病院について**

※転院された場合は転院先の病院もご記入ください。

[病院名]

[住所] 〒

[TEL] - -

[初診日] 年 月 日 ( )

[病院名]

[住所] 〒

[TEL] - -

[初診日] 年 月 日 ( )

**(4) 災害発生の事実を確認した人**

※申請者が所属する事業所のどなたか

※申請者が一人親方の場合は記入不要

職名

氏名

**(5) 事故現場**

(例: ○○市 ■■■町・○○邸新築工事現場)

**(6) ケガをしたご本人様名義の口座番号等  
(4日間以上欠勤が予想される場合)**

銀行名

支店名

口座番号 普通・当座

預金者名

※屋号等入っていない個人名義口座のみ可!!

**(7) ケガをしたときの具体的な状況  
(何の作業をしていてどんな道具・材料等  
でどこを負傷したのか)**