

労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

請求人氏名 _____

受傷にかかる休業状況について

被災者住所	
災害発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
災害発生場所	
災害発生状況

災害現認者	住 所	
	氏 名	
	被災者との関係	

1. 治療状況について

入院の有無 なし・あり

入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

通院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

2. 作業状況について（負傷して治療のための休業の期間）

自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

休業期間中何をしていたか

イ. 就床していたか いた・いない

ロ. 就床期間 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

ハ. 就床事由

.....

二. 通常の作業をしていたか いた・いない

作業の指揮監督をしていた

... .. それは 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

会計の仕事をしていた

... .. それは 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

雑用をしていた

... .. それは 自 年 月 日 至 年 月 日 まで 日間

雑用の内容は

.....