災 害 発 生 状 況 申 立 書

令和 年 月 日

名古屋西労働基準監督署長 殿

請求人 住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

事業場

名 称

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働保険番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ発生した負傷について下記の

とおり申し立ていたします。

記

１．災害発生の状況

（１）災害発生の場所

（２）取り扱ったものの名称、重量、形

（３）発生状況の詳細（姿勢、周囲の状況等）

２．業務の内容

（１）入社年月日 年 月 日 職名

（２）身長、体重等について（発症前の「健康診断結果」があれば添付してください。）

身長 ｃｍ、 体重 ｋｇ

（３）災害発生時の作業内容

３．療養の経過

1. 身体異常の発生状況
2. 災害発生後の処置（発生当日より初診までの療養、就労経過の詳細を記入）
3. 受診病院名及び療養の状況

（療養期間）

年 月 日 ～ 年 月 日 継続中・治ゆ・中止

（病院名 ）

（休業期間）

年 月 日 ～ 年 月 日 休業中・就労中

４．健康保険証記号・番号 記号 番号

（できれば、その写しを添付してください。）

５．過去の病歴（同一部位のもの）

1. 有 ・ 無 （どちらかに○印を記入して下さい。）
2. 有の場合、以下にその状況を記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷 病 名 | 負 傷 時 期 | 受診医療機関名 | 診 療 期 間 |
|  | 年 月 日 |  | 年 月 日  ～ 年 月 日 |

６．災害発生状況（図示）

　　　　裏面に図示すること。