熱中症に関する申立書

名古屋西労働基準監督署長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　事業場　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　事業主

　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働保険番号 | 府　県 | 所掌 | 管　轄 | 基　　幹　　番　　号 | 枝　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※建設工事の場合は元請事業主、派遣の場合は派遣元の証明となります。）

被災者　　　　　　　　　　　　所属事業場　　　　　　　　　　　　　　　　に発生した労働災害（傷病名）　　　　　　　　　　　　　　　について、下記のとおり申し立てます。

記

１ 災害発生日時等

（１）発生日時：令和　　　年　　　月　　　日（　）午前・午後　　　時　　　分頃

（２）発生場所：

　　　※建設工事の場合は工事名称：　　　　　　　　　　　　　請負金額：　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　工事概要：

２ 発生当日の業務内容

（１）労働時間（所定時刻ではなく、実際の時間を記載してください。）

　　　業務開始時刻：午前・午後　　　時　　　分

　　　終業（予定）時刻：午前・午後　　　時　　　分

　　　休憩時間：午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分

　　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分

　　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分

　　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分

（２）業務内容（業務開始から発生時までの作業内容を時系列で記載してください。）

（３）作業環境（発生原因と考えられる作業環境について記載してください。）

　　ア　場所：屋内・屋外

　　イ　日当たり状況：

　　ウ　風通しの状況：

　　エ　空調設備（ｸｰﾗｰ、扇風機等）の状況：

　　オ　温度、湿度（記録があれば添付）の状況：

　　カ　服装、保護具の着用状況：

　　キ　飲料水、塩分の備付状況：

　　ク　飲料水、塩分の補給状況：

|  |
| --- |
| 裏面へ続く |

３ 災害発生状況

（１）身体異常の状況（出現した身体症状､受診に至るまでの経過を時系列で記載してください｡）

（２）受診の方法（手段）

４ 療養の経過

（１）医療機関名及び受診状況（保険使用の有無に関わらず､すべて記載してください。）

　　ア　医療機関名：

　　イ　療養期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（ 入院・通院 ）

　　ウ　療養内容：

　　エ　症状経過：

　　オ　転帰：治ゆ・中止・継続中・転医

（２）現在の症状

（３）休業期間

　　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（以降：就労・休業継続中 ）

５ 災害前の身体状況（健康診断の実施があれば､直前の結果票の写しを添付してください。）

（１）入社年月日：昭和・平成・令和　　年　　月　　日

（２）職名・職種：

（３）身長：　　　　　㎝　体重：　　　　　㎏

（４）前日の身体状況

（５）健康状況

（６）疾病歴

（７）治療中疾患の有無：有・無（有の場合は、疾患名・治療内容を記載してください。）

６ 他の申し立て事項（本紙に書ききれない項目は、任意の別紙を作成し添付してください。）

　上記のとおり申し立てます。

　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

事業場　所在地

　所属　名　称

　下請　事業主

　　　　電　話　　　　（　　　）

　　（※建設工事の場合は所属下請事業主、派遣の場合は派遣先の証明も必要です。）

　以上の内容に相違ありません。

　　　　　　　令和　　年　　月　　日

請求人　住所

　　　　氏名

　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日

　　　　電　話　　　　（　　　）