

使 用 者 報 告 書  
(医療機関・介護施設専用)

労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

事業場名称

事業場所在地

代表者氏名

担当者部署

氏 名

連絡先

被災労働者「 」について下記のとおり報告します。

## 1 事業の概要等について

## (1) 事業の概要

## (2) 労働者数

被災労働者所属事業場 人

## 2 症状について

①症状出現日 令和 年 月 日

②出現した症状

## 3 PCR検査の実施結果

第1回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

※検査が陰性の場合: 疑似症患者該当の有無 【有・無・不明】

第2回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

第3回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

第4回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

## 4 被災労働者について

## (1) 職種・業務内容・所属(配属)

(2) 発症前 14 日間で勤務した日数

※ 症状が出現した日（症状が出現していない場合、陽性となった P C R 検査実施日）を起点とし、その前 14 日間の勤務日数を回答ください。なお、該当期間のタイムカード等の勤怠記録を添付することでも構いません。

14 日中 ( ) 日

(3) 発症前 14 日間の業務における新型コロナウイルス感染者との接触の有無

[ 有 ・ 無 ]

有の場合、感染者に接触した状況（接触した日、人数、場所、濃厚接触に該当するか等）

※ 同時に労災請求を行っている労働者と同様の状況であれば、「〇〇と同じ」等と記載していただいても構いません。

5 被災労働者の業務以外のことについて（把握している範囲でご回答ください）

(1) 家族の新型コロナウイルス感染者の有無

[ 有 ・ 無 ]

有の場合、感染した家族の続柄、同居・別居の状況、症状の出現時期（被災労働者と感染した家族の症状の出現時期の先後）、P C R 検査の実施日、発症前 14 日間の家族との接触状況

(2) その他特記事項

6 使用者として本件発症に関する意見

事業場内での感染と考えるか [ はい ・ いいえ ]

意見（同時に労災請求を行っている労働者と同じであれば、「〇〇と同じ」等と記載していただいても構いません。）

発症前14日間の業務内容を記載ください

- ・ 新型コロナウイルス感染症の症状が出現した日の前日から遡った14日間の行動を記載してください。
- ・ 仕事において、人が集まる場所、流行地域への滞在、密閉され、不特定多数の人が一定時間接触する空間等感染のリスクが高い場所に関する行動履歴を中心に、症状の有無に関わらず人との接触歴についても記載してください。
- ・ 新型コロナウイルスに感染した人と接触した場合には、いつ、どこで、誰と、どのように接触したか記載してください。
- ・ 顧客等不特定多数の人と接触する場合、接触人数、接触の態様等について記載してください。

| 発症日より      | 日付  | 出勤の有無                                   | 行動歴/人との接触歴                     | 状況<br>(活動内容、他者との接触等)                    | 体調不良者の有無               | 備考 |
|------------|-----|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----|
| 記載例        | 4/○ | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | 当スーパーの品出しを担当。咳をした顧客の対応を何度か行った。 | 客数が普段の1.4倍位。日用品の置場を多く聞かれたとのこと。マスク着用で勤務。 | レジの○さん<br>体調不良。後日感染判明。 |    |
| 発症<br>1日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>2日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>3日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>4日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>5日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>6日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>7日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>8日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>9日前  | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>10日前 | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>11日前 | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>12日前 | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>13日前 | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |
| 発症<br>14日前 | /   | 有・無                                     |                                |                                         |                        |    |

## 資 料 一 覧

1. 会社組織図
2. 所属事業場組織図
3. 所属部署組織図(被災労働者の上司、部下、同僚等が分かるもの、実名をお願いします)
4. 作業場所の見取図、座席表
5. 被災労働者の業務内容を把握できる資料(作業マニュアル、作業計画表、作業工程表、進行管理表、業務日報、業務指示書、業務量を把握できる資料等)
6. 被災労働者の勤務時間の記録(出勤簿、タイムカード等)
7. 被災労働者の賃金台帳（休業補償給付の請求を行う場合のみ）
8. その他本件発症に関して参考となるものがあればその資料（社内での感染経路調査等）

※ 上記資料については、特別な期間の指定があるものを除き、労働者の新型コロナウイルス発症前14日間の状況について確認するものですので、同期間の状況が分かるものをお願いいたします。

休業（補償）給付の請求を行う場合（今後、請求を行う見込みの場合も含む）、資料6、7については、発症直前の賃金締切日から遡った3か月分を提出ください。

なお、調査状況により、資料の追加をお願いする場合もございます。

※ 提出資料は写で、なるべくA4サイズで御提出ください。