

8 身体損傷及び診療機関

	私(被災者)側
部位・傷病名	
程 度	
診療機関名称	
所 在 地	

9 示談について

- イ 示談が成立した。(年 月 日) ロ 交渉中
 ハ 示談はしない。 二 示談をする予定(年 月 日頃予定)
 ホ 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定)

10 損害賠償金の支払い

受領年月日	支 払 者	金 額・品 目	名 目

11 その他

災害発生原因の過失割合などについて申し立てる事項がある場合には記入してください。

事業主の証明	1欄の者については、2~4欄、5欄及び7欄に記入したとおりであることを証明します。
	令和 年 月 日
	事業場の名称 _____
	事業主の氏名 _____ (法人の場合は代表者の役職・氏名)

三者行為災害届を記載するに当たっての注意事項

- すみやかに提出してください。
 なお、不明な事実がある場合には、空欄とし、提出時に申し出てください。
- 第一当事者(被災者)とは、労災保険給付を受ける原因となった業務災害を被った者をいいます。
- 災害発生の場所は、〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇工場内のように具体的に記入してください。
- 第二当事者(派遣先)側と示談を行う場合には、あらかじめ所轄労働基準監督署に必ず御相談ください。示談の内容によっては、保険給付を受けられない場合があります。
- 損害賠償金を受領した場合には、損害賠償の名目を問わずすべて記入してください。
- この届用紙に書ききれない場合には、適宜別紙に記載してあわせて提出してください。