

FAX送信先:048-676-3340

業務災害センター行き

業務災害報告書

ご加入者の情報をご記入ください

お 名 前	労 災 太 郎	生 年 月 日	1995年10月20日
読 み か な	ロウサイ タロウ 加入証の整理番号4桁記入	住 所	東京都文京区根津〇丁目□-△根津マンション
整 理 番 号	1888	電 話 番 号	必ず連絡が付く電話番号を記入 000-1111-2222

災害報告日と災害発生日を間違わないように記入 業務災害発生内容についてご記入ください

災 害 報 告 日	2025 年 6 月 1 日	報 告 記 入 者	本人 ・ 他 ()
災 害 発 生 日	2025 年 5 月 20 日	災 害 証 明 者	災害証明者は、必ず他の第三者になります 親 万 次 郎
災 害 発 生 住 所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇町名□-△	被 災 者 と の ご 関 係	一人親方の仕事仲間
災 害 発 生 時 間	午前 / (午後) 3 時 15 分頃	負 傷 箇 所	頭 部
請 負 元 名	株式会社みん労建設	負 傷 名	前頭骨 骨折
工 事 現 場 名	現場名は元請けや現場監督、依頼主に聞いてください 〇〇様邸新築工事	救 急 搬 送	(あり) なし

災害の発生状況と原因を詳しくご記入ください(どんな場所で、どんな作業をしていた時に、どこを、どうしたのか)

工事現場の建設工事で、2階天井に下地材の石膏ボードを打ち付けるため、石膏ボードを持ちながら脚立に上っていた最中
足を踏み外し約2mの高さから落下。ヘルメットを装着していたが、頭部から落下し意識を無くした。
仕事仲間が救急車を呼び、当日救急搬送。CTスキャンで検査したところ、前頭骨骨折と診断されたもの。
できるだけ詳しく記入してください(ご連絡する場合があります)。

接骨院や整骨院、整体や針きゅう院は病院ではありません。
労災が使用できるか必ず聞いてから受診してください。

病院について

労災指定か指定で無いかは病院で教えてください。

病 院 名 称	特別加入労災総合医療センター	病 院 電 話 番 号	000-3333-5555
病 院 の 住 所	埼玉県さいたま市浦和区〇丁目□-△	労 災 指 定 病 院	指定病院 (指定外病院)
初 診 日	(業務災害当日) ・ 日後	休 業 予 定	なし ・ (4日以上予定あり)

災害当日以外に受診した場合は、災害発生日から何日後か記入

薬局について

仕事ができない状態は、病院側で判断します。

処 方 箋 提 出	処方なし ・ 院内薬局 ・ (院外薬局)	院 外 薬 局 名	労災処方薬局
-----------	----------------------	-----------	--------

その他ご要望等

院内薬局とは、病院内で薬が出ますが、病院外で薬を受け取る場合は、院外薬局となります。

不安なので連絡いただければ嬉しいです

※すべてご記入をお願いいたします。ご提出後、お電話でお聞きする場合がございます。
※連絡がつかない場合は、業務災害申請取り下げとなる可能性がございます。
ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。