

労災に係る負傷原因報告書

被保険者番号			災 害 事 由	通勤災害 ・ 業務災害	
負 傷 者 名		世帯主との続柄()		生 年 月 日	年 月 日
負 傷 者 住 所		☐ 世帯主と同じ 電 話 ()			
負傷者の 勤務先	事業所名	担当者 ()			
	事業所 所在地	電 話 ()			
負 傷 発 生	日 時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分頃			
	場 所				
治 療 経 過		年 月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ 中止			
治 療 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
診 療 機 関 名					
傷病名、負傷した時の状況及び原因等を具体的に記入してください。 傷病名：					
上記のとおり報告します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏 名 電 話 () 熱海市長あて					