

従業員が業務災害にあったとき

災害にあった日 年 月 日

氏 名	
-----	--

加入している保険	健康保険（扶養家族 有・無） 厚生年金保険 雇用保険
----------	-------------------------------

№	作 成 書 類	頁	提出期限	届出先	チェック
21	療養補償給付たる療養の給付請求書	142	速やかに	病院	
22	療養補償給付たる療養の費用請求書	144	2年以内	監督署	
19	労働者死傷病報告	134	遅滞なく	監督署	
24	休業補償給付支給請求書 （休業期間が4日以上になった場合のみ）	150	2年以内	監督署	
20	第三者行為災害届（第三者の行為であった場合のみ）	136	遅滞なく	監督署	

必 要 事 項	チェック	備考
診療した医療機関名の確認（指定病院であるかどうか）		
災害の状況の確認 （災害の発生時刻、場所、現認者 等）		
病名・負傷の状態の確認（休業の有無 等）		
第三者の行為であるかどうかの確認		

備考
