**FAX０７６－２２４－２５５４　金沢労働基準協会あて**

**特別加入者に係る災害状況報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 負傷者の氏名 |  | 生年月日 |  |
| 災害発生の日時 | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分頃 |
| 災害発生の場所 | （現場所在地）（元請会社名）（現場工事名） |
| 災害の原因及び発生状況 | （具体的に記入して下さい） |
| 傷 病 部 位傷　病　名 |  |
| 治療を受けた病院（最初） | 月　　　日（　　　曜日）〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL  |
| 治療を受けた病院（転院先） |  |
| 薬剤を受けた処方箋薬局 | （薬局の名称）（薬局の所在地）（薬局の電話番号） |
| 現認者氏名 | （氏名）　　　　　　　　　　　（職名）（住所）（所属） |
| 休業補償費振込口座 | 銀行名　　　　　　　　　　　支店名口座名義人　　　　　　　　　預金の種類　　普通・ﾒｲｷﾞﾆﾝｶﾀｶﾅ |

**労災保険請求書の作成に当たっての記載事項について**

仕事中の事故でおきた怪我について労災保険を請求する場合、業務上災害と証明するためには、次のことが明らかであることが必要です。

**（１） いつ、どこで、何をしていて、どのようにして怪我をしたのか**

* 事故の日　　令和　　年　　月　　日（　曜日）午前・午後　　時ころ
* 事故現場の名称　（例えば△ビル建設工事現場、〇山建設駐車場、自宅倉庫など）

一人親方の方は、自宅が事業場ですので、通勤災害はありえません。

自宅事業場から現場まで、現場から自宅事業場までの経路途上の事故は現場へ業務用品や必要な道具、材料を運ぶ業務上の災害になります。同様に自宅の作業場で荷積みや荷下ろし作業を行っていた場合など自宅での請負工事のための作業を行っていたときの災害も、それが業務上災害であるというためには、その業務用品や必要な道具、材料を使う請負工事の名称、所在地を明記して受注工事の事実を明らかにする必要があります。例えば次のように請負工事の名称、発注者名、現場所在地を明記します。
（金沢市○○町△△番地の××建設(株)のＮ様邸新築工事現場など）

* 事故現場の所在地（例えば金沢市広岡1丁目地内など工事現場の所在地など）
* 行っていた作業　　（例えば、床張り替え大工作業、電源盤の設置作業など）

例えば、「請け負っていた○○新築工事のためのフロアシート貼付作業のため、シートを切断する作業中に」

* どうして怪我をしたか（例えば、バランスを崩して足場から落ちてしまったなど）

**（２） 負傷したことを知っている現認者**（現認書に署名を要する）

（事故を直接見ていなくても当日に首が痛くなったことを知っているなど）

氏名

職名

　　　（例えば、現場監督、同僚の大工、他社の作業員など）

　　　同居の親族は現認者の署名をすることはできません。

その日の作業が全くの一人作業のときで、誰もいなければいないと書いてください。

自宅の作業場で怪我をした場合も同居の親族は現認者に認められませんので、同様に誰もいないことになります。この場合は金沢労働基準協会が署名します。

* どのような怪我か（傷病名）
（例えば、左足首の打撲傷や捻挫、右腕の骨折、切創など医師の診断した病名）

**（３） 治療のためにどこの病院でいつ診療したのか**

 最初に病院に行った日　　月　　日（　曜日）～　　月　　日（　曜日）

　　　病院名

　　　所在地

（最初に治療を受けた病院に第5号療養給付請求書を提出します。

　病院は、この第5号療養給付請求書にレセプトを付けて労働基準監督署に費用を請求します。））

 次に別の病院に行った日　　月　　日（　曜日）～　　月　　日（　曜日）

　　　病院名

　　　所在地

（病院を変更したことになりますので、指定病院変更届を病院に提出します。

　病院は、この指定病院変更届にレセプトを付けて労働基準監督署に費用を請求します。）

 更に別の病院に行った日　　　月　　日（　曜日）～　　月　　日（　曜日）

　　　病院名

　　　所在地

（再度、病院を変更したことになりますので、指定病院変更届を病院に提出します。

　病院は、この指定病院変更届にレセプトを付けて労働基準監督署に費用を請求します。）

（参考に）

これまでに使った保険の種類

（健康保険や国民健康保険などの種類）

業務上災害で労災保険から療養給付が受けられるのに、国民健康保険などに保険給付を請求した場合は、一度、全額へ返還しなければならなくなりますので、病院が国民健康保険などに費用請求をする前に早く連絡して請求しないようにして下さい。