

労働災害相談票

令和 年 月 日

弁護士:

担当事務:

■ご相談者様

フリガナ		被害者様との関係	<input type="checkbox"/> 男
お名前		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒		
連絡先	(TEL) (携帯)	(FAX) (メールアドレス)	
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()		

■被害者様について

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 男
お名前		年 月 日	<input type="checkbox"/> 女
ご職業		年収 (事故前年)	約 万円
労災	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	労災保険給付	休業補償給付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療費 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

■所属されている会社について

会社名			
会社住所			
会社連絡先	代表者名	TEL	
	担当者名	TEL	
顧問弁護士	法人名		
	弁護士名	TEL	

■受傷の状況

部位・程度(診断名)		医療機関	
治療開始日	年 月 日		
治療終了日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定	
通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()		
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日 ~ 年 月 日)		
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日 ~ 年 月 日)		
後遺障害の程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級 号)		

※お手数ですが、事故の場合、事故発生状況のご記入もお願いいたします
(別のシートにあります)

