

労働保険番号											
1	7		0	-						-	

特別加入者に関する災害現認証明書

1 負傷者の氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

2 災害発生日時・場所、原因及び発生状況

日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃	所定労働時間	午前 時 分から 午後 時 分まで
場所	市 町 郡 村	当該事業場の 所定休日	
災害の 原因及 び発生 状況	(具体的に記入してください)		

※ 業務災害の場合、所定休日又は時間外の災害発生の場合には、その日又はその時間に業務を行うことになった経過を含めて、上記発生状況欄に記入して下さい。

(分からない場合には、記入の必要はありません)

※ 通勤災害の場合は、現認者が知り得ている範囲で記入して下さい。

※ 交通事故証明書等の添付があれば、本書の提出の必要はありません。

令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

現認者の住所

氏名

所属事業場

職名

負傷者との関係	イ	同時に働いていた労働者	ロ	友人	ハ	その他 ()
---------	---	-------------	---	----	---	------------

(該当するものを○でかこむこと) HP