

熱中症に関する申立書

労働基準監督署長 殿

平成 年 月 日

事業場 所在地 _____
 名称 _____
 事業主 _____ (印)
 電話 _____ ()

労働保険番号	府	県	所	管	基 幹 番 号					枝 番 号		

(※建設工事の場合は元請事業主、派遣の場合は派遣元の証明となります。)

被災者 _____ 所属事業場 _____ に発生した
 労働災害（傷病名） _____ について、下記のとおり申し立てます。

記

1 災害発生日時等

(1) 発生日時：平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃

(2) 発生場所： _____
 ※建設工事の場合は工事名称： _____ 請負金額： _____ 円
 工事概要： _____

2 発生当日の業務内容

(1) 労働時間（所定時刻ではなく、実際の時間を記載してください。）

業務開始時刻：午前・午後 時 分
 終業（予定）時刻：午前・午後 時 分
 休憩時間：午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分

(2) 業務内容（業務開始から発生時までの作業内容を時系列で記載してください。）

(3) 作業環境（発生原因と考えられる作業環境について記載してください。）

- ア 場所：屋内・屋外
- イ 日当たり状況： _____
- ウ 風通しの状況： _____
- エ 空調設備（クーラー、扇風機等）の状況： _____
- オ 温度、湿度（記録があれば添付）の状況： _____
- カ 服装、保護具の着用状況： _____
- キ 飲料水、塩分の備付状況： _____
- ク 飲料水、塩分の補給状況： _____

裏面へ続く

3 災害発生状況

(1) 身体異常の状況(出現した身体症状、受診に至るまでの経過を時系列で記載してください。)

(2) 受診の方法(手段)

4 療養の経過

(1) 医療機関名及び受診状況(保険使用の有無に関わらず、すべて記載してください。)

ア 医療機関名: _____

イ 療養期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (入院・通院)

ウ 療養内容:

エ 症状経過:

オ 転 帰: 治癒・中止・継続中・転医

(2) 現在の症状

(3) 休業期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (以降: 就労・休業継続中)

5 災害前の身体状況(健康診断の実施があれば、直前の結果票の写しを添付してください。)

(1) 入社年月日: 昭和・平成 年 月 日

(2) 職名・職種: _____

(3) 身長: _____ cm 体重: _____ kg

(4) 前日の身体状況

(5) 健康状況

(6) 疾病歴

(7) 治療中疾患の有無: 有・無 (有の場合は、疾患名・治療内容を記載してください。)

6 他の申し立て事項(本紙に書ききれない項目は、任意の別紙を作成し添付してください。)

上記のとおり申し立てます。

以上の内容に相違ありません。

平成 年 月 日

平成 年 月 日

事業場 所在地 _____

請求人 住所 _____

所属 名称 _____

氏名 _____ (印)

下請 事業主 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日

電 話 _____ ()

電 話 _____ ()

(※建設工事の場合は所属下請事業主、派遣の場合は派遣先の証明も必要です。)