



令和 年 月 日

課 様

労働基準監督署

労災保険給付請求の調査に係る関係資料の提出について（依頼）

日頃より労働行政の運営に御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴事業場の労働者 秋 氏より労災補償給付請求がなされ、過日、受理したところです。

つきましては、労災保険給付決定にかかる調査の必要がありますので、下記書類を令和 年 月 日（ ）までにご提出願います。

記

1 使用者報告書

2 「資料一覧」記載の資料

3 その他

- ・提出不可能な資料については、任意様式にその理由（作成していない、既に破棄済等）を記載、提出して下さい。
- ・調査を進めるなかで、追加資料の提出を求める場合には、別途依頼させていただきます。
- ・今後、事業場関係者に対する聴取、調査等を行いますのでご協力願います。なお、聴取調査を行う場合は、別途ご連絡させていただきます。

労働基準監督署 労災第二課
住所：〒 市 区
TEL： /

資 料 一 覧

1. 会社案内
2. 会社組織図
3. 所属事業場組織図
4. 所属部署組織図（被災労働者の上司、部下、同僚等がわかるもの）
5. 就業規則、時間外及び休日労働に関する協定書、（専門、企画）裁量労働制に関する労使協定、その他労使協定
6. 労働者名簿、労働条件通知書（雇入通知書、雇用契約書）、採用時の履歴書
7. 人事記録（社内履歴、人事考課、勤務評定等）
8. 被災労働者の業務内容に係る資料（業務内容・業務量のわかるもの）
9. 勤務時間の記録（出勤簿、タイムカード、自己申告記録等）
10. 賃金台帳
11. 定期健康診断結果、人間ドック結果、産業医の健康指導状況、長時間労働・高ストレス労働者に対する医師による面接指導記録（直近3年分）
12. 健康保険証等の写（記号番号、健康保険組合名、所在地等がわかるもの）
13. その他本件発病に関して参考となるものがあればその資料（社内調査記録等）

※ 上記資料については、期間の指定のあるものを除き、被災労働者の 令和 年 月から令和 年 月当時の状況について確認するものですので、その当時の期間の状況がわかるものをお願いいたします。

なお、調査状況により、資料の追加をお願いする場合もございます。

様式4

使用者報告書

労働基準監督署長 殿

年 月 日

事業場名称

事業場所在地

代表者氏名

医療法人
理事長

担当者部署

氏 名

所属労働者（被災労働者）「」について下記のとおり報告します。

（必要に応じ別添資料〇〇のとおりなどと回答いただいて差し支えありません）