労働保険番号														
1	7		0	2	－	9	3	3				－			

特別加入者に関わる災害現認証明書

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 （　　）

（該当するものを〇でかこむこと）HP