

# 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 掌 | 管 轄 | 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: 治ゆ・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 \_\_\_\_\_ ㊞

下請 事業主 \_\_\_\_\_ ㊞

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。)