

〇〇基署発第〇〇号
令和〇年〇〇月〇〇日

〇〇保健所長 殿

〇〇労働基準監督署長

新型コロナウイルス感染症に係る情報の提供について（依頼）

当署では、労働者災害補償保険を所掌しており、労働者が業務（通勤）を原因として負傷又は疾病を発症した場合、迅速に保険給付の可否を決定しなければなりません。

今般、下記労働者から業務を原因として新型コロナウイルスに感染したと当署に労災保険給付請求がありました。

つきましては、労災保険の決定を行うため、貴所にて実施している検査、調査等の結果に関して、下記の照会事項について回答いただきますようお願いいたします。

御多忙中恐縮ですが、 月 日までに照会事項について別紙により御回答いただきたく依頼いたします。

下記労働者については、貴所から回答を得ることについて、別添のとおり、あらかじめ同意を得ていることを申し添えます。

記

請求人等の情報

1 請求人（労働者）

氏 名

生年月日

住 所

2 事業場

名 称

所 在 地

3 医療機関

名 称

所 在 地

【照会事項】

1 新型コロナウイルス感染症にかかったことを確認した検査の実施日
(令和 年 月 日)

2 感染源が特定（推定）されているか
(はい・いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染（同僚、顧客、患者、施設利用者、取引先等からの感染又は勤務での出張中の感染*）と特定（推定）されているか *「出張中の感染」には、出張先での感染のほか、出張のための移動中の感染を含みます。

(はい・いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

[

※ その他特記事項については、特記すべき事項がある場合のみ記載いただくことで差し支えありません。請求人の感染に係る報道発表資料、行動調査結果その他の参考事項があれば、例えば、報道発表を行っている旨を記載の上、当該報道発表を別添いただく等、可能な範囲で上記において御回答をお願いします。また、労働局・監督署からの架電調査をさせていただく場合がありますので御協力ください。

※ 労災保険給付の対象となるか否かは、本照会も含めた労働基準監督署における各種の調査結果を踏まえ、労働基準監督署長が決定するものとなります。

なお、「2 感染源が特定（推定）されているか」が「はい」で「3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染と特定（推定）されているか」が「いいえ」の場合、労働基準監督署の調査において他にこれを否定する事情がないときには、原則保険給付の対象外となりますので、念のため申し添えます。

〈担当者〉

〒〇〇-〇〇
〇〇県〇〇市〇〇
〇〇労働基準監督署
労災課 担当 〇〇
電話 〇〇 (〇〇) 〇〇
FAX 〇〇 (〇〇) 〇〇

令和〇年〇〇月〇〇日

____労働基準監督署長 あて

____保健所長

新型コロナウイルス感染症に係る照会への回答について

令和 年 月 日付け 基署発第 号により照会があった_____
に発病した新型コロナウイルス感染症に係る照会事項について、下記のとおり回答します。

記

- 1 新型コロナウイルス感染症にかかったことを確認した検査の実施日

(令和 年 月 日)

- 2 感染源が特定（推定）されているか

(はい ・ いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

(

)

- 3 特定（推定）されている場合、勤務先における感染（同僚、顧客、患者、施設利用者、取引先等からの感染又は勤務での出張中の感染*）と特定（推定）されているか *「出張中の感染」には、出張先での感染のほか、出張のための移動中の感染を含みます。

(はい ・ いいえ)

※ その他特記事項（あれば）

(

)

※ 添付資料（請求人の感染に係る報道発表資料、行動調査結果その他の参考事項）

(あり ・ なし)

担当：部署

氏名

電話

同意書

_____保健所長 殿

私は、現在労災保険の給付請求を行っていますが、私に関する調査結果、検査結果等の一切について、_____労働基準監督署長から貴所に対して、照会があった場合には、それに対して異議はなく、貴所が照会に回答することについて私は同意しています。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____