

通勤災害 手 続 書

会社名 _____

1. 事故の状況			
事故発生日時	年 月 日 ()	午前・午後 時 分 頃	(事故当日の所定勤務時間 時 分から 時 分まで)
被災場所	(例：国道○号線の△△交差点付近)		
被災状況		
		
		
	負傷の原因となった相手方はいますか？		いる ・ いない
	休業見込 _____ 日		
2. 負傷従業員について			
(フリガナ) 氏 名	(入社日 年 月 日)	生年 月 日	年 月 日 (才)
住 所	〒 _____ 電話 ()		
職 種	傷病の部位及び状況		
3. 相手方について (負傷の原因となった相手がいる場合に、記入してください)			
(フリガナ) 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (才)
住 所	〒 _____ 電話 ()		
会社名		所在地	
4. 病院 (薬局) について			
病院名①		
病院名②		
	上記病院・薬局は「労災指定病院・薬局」ですか YES ・ NO		
所在地①	〒 _____ 電話 ()		
所在地②	〒 _____ 電話 ()		
初診日①	年 月 日	傷病名・部位	
転医日②	年 月 日		

5. 通勤に関すること			
当日の家を離れた時刻 (出勤時にケガの場合)	時 分 頃	当日の職場を離れた時刻 (退勤時にケガの場合)	時 分 頃
通常の通勤経路、事故の発生場所 (略図で記載してください) ※別紙で頂いても結構です	(通常の通勤所要時間 時間 分)		