

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と傷病名		
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 ※薬局も記載が必要です。本紙をコピーし使用ください。			
病院①	病院名		
	所在地 〒 _____ 電話 ()		
	「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO		
病院②	病院名		
	所在地 〒 _____ 電話 ()		
	「労災病院」又は「労災指定病院」ですか YES ・ NO		
初診日①	年 月 日	傷病名・部位	
転医日②	年 月 日 (転院理由: _____)		
※ 病院窓口で健康保険証を提示して清算をしないでください！ ※ 他社勤務 (かけもちでの労働) をしている場合にはご連絡ください			
5. 通勤に関すること ※被災時刻と合致しない場合には理由もお知らせください			
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)		