

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。 | | | |
| 病院名① | 上記病院・薬局は「労災指定病院・薬局」ですか YES ・ NO | | |
| 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 (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下さい！

※ 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 | (通常通勤所要時間 時間 分) | | |