

通勤災害発生連絡票(⑥)

会社名

年 月 日

1. 氏名(フリガナ)		2. 生年月日	
		S ・ H 年 月 日 (歳)	
3. 住所		4. 性別	
〒 -		男 ・ 女	
5. 負傷日時		6. 職種	
R 年 月 日 AM PM 時 分頃			
7. 負傷当日の状況			
出勤途中での事故の場合 ⇒ 就業開始予定時刻・・・AM・PM : / 住居を離れた時刻・・・AM・PM :			
帰宅途中での事故の場合 ⇒ 就業終了時刻・・・AM・PM : / 就業場所を離れた時刻・・・AM・PM :			
8. 災害の原因及び発生状況(図も利用して下さい)			
a) どこで? (番地、交差点名など詳細に記入してください)			
b) 災害発生日の就業場所			
c) 通常の通勤の経路、方法及び所要時間			
d) 災害発生当日、住居または就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、所要時間、その他の状況			
e) 災害の原因及び発生の状況			
f) 傷病の部位と状態 (例) 右上腕部骨折、左足首捻挫、右手指先切傷 等			
9. 目撃した方(役員以外)又は報告を受けた方(役員以外)の			10. 休業の予定
a) 氏名	b) 職名	c) 住所	あり ・ なし
11. 病院に関する確認事項			
a) 病院・薬局等の名称	b) 労災指定の有無	c) 病院等の電話番号	
	あり ・ なし		
d) 病院等の所在地			
〒 -			
e) 現在の治療費の支払い状況		f) 薬局に提出する労災の書類も必要ですか?	
		必要 ・ 不要 ・ 不明	

労務アシスト

〒252-0206 相模原市中央区淵野辺3-15-1-3階
TEL 042-704-9860 FAX 042-704-9861