連絡日　　　　年　　　　月　　　　日

労災事故連絡票（通勤災害用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 被災時の年齢（　　）歳 | | |
| 被災者氏名 | |  | | | | | 性別　（　男　･　女　） | | |
| 生年月日　　年　　月　　日 | | |
| 被災者住所 | | 〒 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | |
| 被災年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日AM・PM　　　時　　　分 | | | | | | | |
| 災害発生の場所 | |  | | | | | | | |
| 第三者によるもの | | 有・無 | | | | | | | |
| 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は、就業終了の時刻 | | AM・PM　　時　　分ごろ | | 災害発生の日に住居又は就業の場所を離れた時刻 | | | | AM・PM　　時　　分ごろ | |
| 災害発生日の就業の場所 | |  | | | | | | | |
| 自宅から就業場所までの通常の勤務経路の図  （災害発生の場所に×印を記入してください） | | | | | 災害の原因及び発生状況（具体的に） | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ※通常の通勤所要時間 | | | | |
| （　　）時間（　　）分 | | | | |
| 傷病部位･傷病名 | | |  | 休業見込日数 | | | | | 日 |
| 初めにかかった病院名 |  | | | （院外処方の場合）薬局名 | |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | 所在地 | | 〒 | | | |
| TEL | | | TEL | | | |
| ２番目にかかった病院名 |  | | | （院外処方の場合）薬局名 | |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | 所在地 | | 〒 | | | |
| TEL | | | TEL | | | |

（事業主）

所在地　：

事業所名：

代表者名：

ＴＥＬ　：　　　　　―　　　　　―