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　：　　　　　―　　　　　―