

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	平成 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 : _____