

通勤災害連絡表

下記の①～⑥の内容についてご記入頂き、FAX、メール、またはご郵送にてお送りください。

①被災された労働者の方について

| | | | | |
|-----------------|--------------------|---------------------|----------------|----------------|
| (フリガナ) 氏名 | 生年 月日 | T・S・H 年 月 日 (歳) | 性別 | 1. 男性 2. 女性 |
| (フリガナ) (現住所) | 〒 | | | 電話番号 () |
| (職 種) | 入社年月日 S・H 年 月 日 | | 整理番号 (加入証明に記載) | |

②交通事故ですか (はい・いいえ) 相手は (いる・いない)

※相手がいる場合には、別途「事故報告書 (第三者行為災害)」をお送りいたします。

③通勤災害に関する事項(1)～(9)すべて記入して下さい。

※(4)～(7)は「出勤途中 (出勤前)・帰宅途中 (退社後)」で選択してご記入下さい。

| | | | |
|--|--|-------------------------|-----|
| (1) 負傷又は発病日時 | 平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃 | 2) 災害発生場所 (出来る限り詳細に) | |
| (3) 災害発生日の就業予定場所 | | | |
| (4) 災害発生日の就業開始時刻 (出勤前の場合) 又は就業終了時刻 (退社後の場合) | | 午前・午後 | 時 分 |
| (5) 災害発生日の住居を出た時刻 (出勤前の場合) | | 午前・午後 | 時 分 |
| (6) 災害発生日の職場を出た時刻 (退社後の場合) | | 午前・午後 | 時 分 |
| (7) イ. 通常の通勤の経路、方法及び 所要時間 ロ. 住居または就業場所から災害 発生場所に至った経路、方法、 所要時間その他の状況 | (例) 自宅⇒徒歩10分【災害場所】⇒〇〇駅⇒JR30分⇒〇〇駅 ⇒徒歩5分⇒会社 (通常の通勤所要時間 時間 分) | | |
| (8) 災害の原因及び発生状況 | | | |
| (9) 現認者の | | 住所 | |
| | | 氏名 | TEL |
| (10) 傷病名 (部位) | | | |

④休業はしますか (する・しない) ※する場合 (日・週・月ぐらい)

⑤治療を受けた病院の名前をご記入ください。

(1) 労災指定 (有・無) (2) 労災使用の申し出 (した・していない) (3) 立替払い (有・無)

病院名

所在地

電話番号 ()

⑥薬を院外でもらった場合、薬局名をご記入ください。

(1) 労災指定 (有・無) (2) 労災使用の申し出 (した・していない) (3) 立替払い (有・無)

薬局名

所在地

電話番号 ()

関東一人親方労災保険協力会

〒101-0024 千代田区神田和泉町 1-13-1 水戸部ビル 4 階

TEL03-5829-5049 FAX03-5829-5051

メール info@kanto-rousai.com