

様

平成 年 月 日

岡 経 営 労 務 事 務 所

TEL. 045-471-7749

FAX. 045-471-7759

通勤災害(労災)事故お伺い書

ご連絡を頂きました通勤災害事故の件について、以下わかる範囲で構いませんのでご記入をお願いします。
ご記入後、お手数をおかけしますが、FAXかメール等でお早めにご返信をお願いします。

負傷者の	ふりがな	
	氏名	
	職種 ★	
	生年月日 ★	年 月 日
	現住所 ★	
事故が起きた	日時 ★	平成 年 月 日 ★ AM ・ PM 時 分頃
	場所 ★ (所在地)	
現認者(近くにいた方)の	氏名 ★	
	住所 ★	
治療を受けた病院は ★	【 】 (1. 労災の指定医 2. 労災の非指定医)	
病院の名称	★	
病院の所在地	★	
病院で最初に受診した日	★	年 月 日
病院の費用は (領収書を確認。正確に記入)	★	1. 病院から労災書類を提出するように指示されている 2. 全額自費負担 3. 健康保険証を使用(→欄外※印を確認) 4. その他()
その後、病院を	★	変更しない ・ 変更した → ★変更後の病院名・所在地・変更日・労災指定医の該当を連絡下さい
薬を処方した薬局は ★	【 】 (1. 労災の指定薬局 2. 労災の非指定薬局)	
薬局の名称	★	
薬局の所在地	★	
薬局に行った日	★	年 月 日
薬局の費用は (領収書を確認。正確に記入)	★	1. 薬局から労災書類を提出するように指示されている 2. 全額自費負担 3. 健康保険証を使用(→欄外※印を確認) 4. その他()
通勤災害は ★	1. 出社途中 (自宅を出た時刻 時 分頃) (業務開始予定 時 分)	
	2. 帰宅途中 (会社を出た時刻 時 分頃) (業務終了時刻 時 分)	
通常の通勤の経路をご記入下さい ★		
(例) 自宅 → ○○駅 → ○○駅 → 会社(○○営業所)		
↑ ↑ ↑		
自転車(○○分) ○○線(○○分) 徒歩(○○分)		

通常の通勤時間はおおよそどれくらいですか ★ 時間 分

今回の通勤災害は、上の通勤経路のどこで起きましたか ★

事故の起きた状況をご記入下さい ★

負傷の箇所 ★

負傷の状態 ★

第三者行為(相手方のいる事故の場合)は、次にご記入下さい

★ 相手方の氏名

★ 相手方の住所

★ 相手方の連絡先

(確認にお時間がかかる場合には、別途連絡ください)

※ 通勤途中のケガについては、原則、健康保険は使用できません
健康保険証を使用している場合には、早急に病院(薬局)へ労災である旨を申し出てください
健康保険を取消してください(後日の手続きが本人・事業所とも大変複雑になります)