

※太枠の中をご記入いただき、別紙の通勤経路図とともにご返信ください。

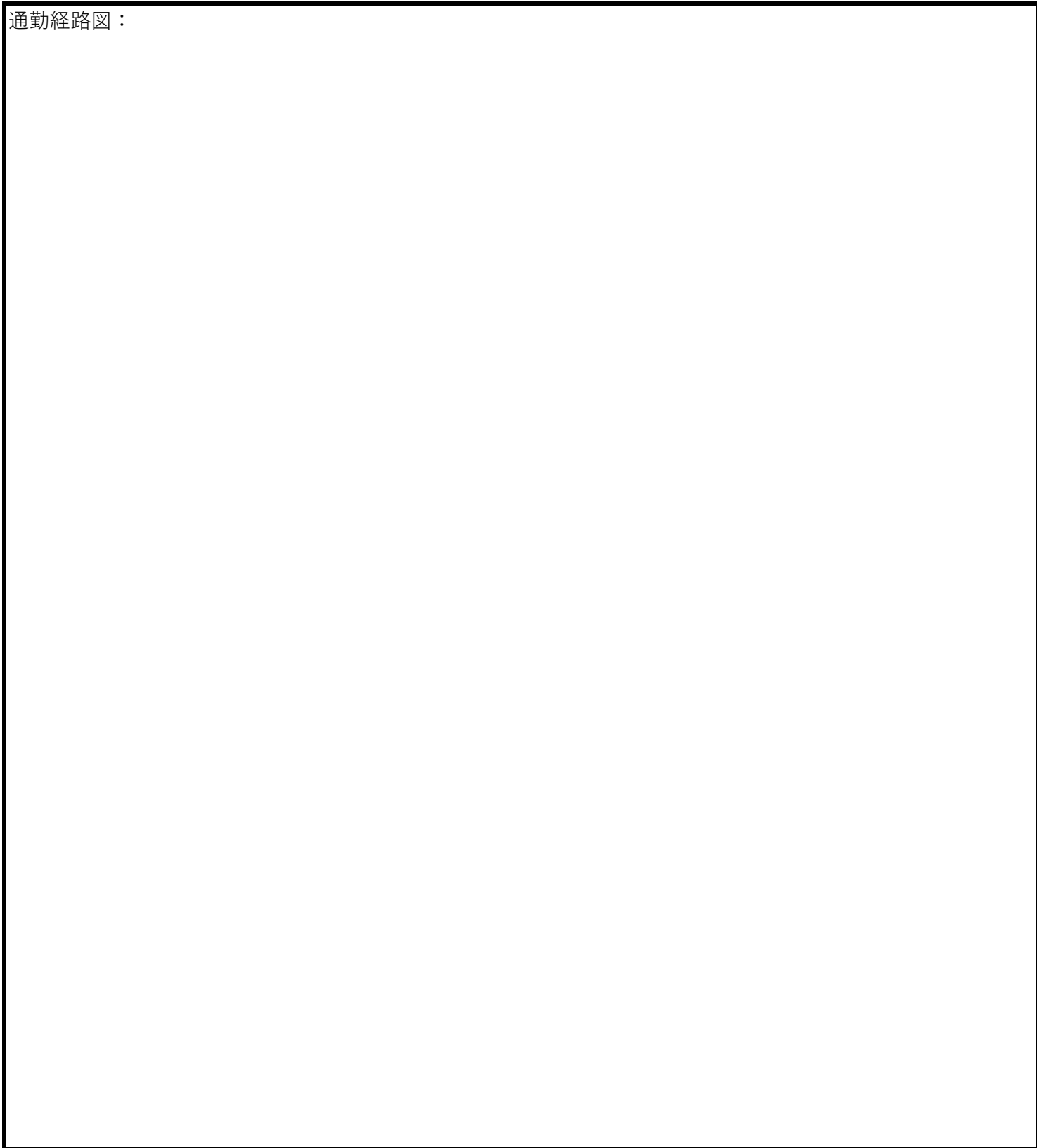
(通災) 労災連絡表				受理日		R 年 月 日				受付者		
労働保険番号	0	8	0	9	3	6	2	5	枝番			
事業所名				事業主								
所在地				TEL								
被災者	フリガナ			性別	男・女		生年月日		年 月 日			
				年齢	歳		雇用年月日		年 月 日			
	氏名			社員 ・ パート社員 ・ アルバイト ・ 特別加入者								
	〒			住所				職種				
事故発生日時		令和 年 月 日				午前・午後		時 分頃				
出勤途中	住居を離れた時刻			午前・午後		時 分頃		通勤所要時間				
	就業開始予定時刻			午前・午後		時 分頃						
帰宅途中	就業終了の時刻			午前・午後		時 分頃						
	就業場所を離れた時刻			午前・午後		時 分頃		時間 分				
発生場所												
現場確認者	氏名			職名			第三者行為に該当 する・しない					
相手の有無	1.いない（自損事故） 2.いる（自身が加害者） 3.いる（自身が被害者）											
発生状況												
負傷箇所				休業見込み ○有 ○無								
所定労働時間		時 分から 時 分まで				雇用保険資格 ○有 ○無						
賃金支払方法		月給・日給・時給()				賃金締/払		日締/当月・翌月 日払				
健康保険		○使用 ○未使用		病院 初診日：		月 日		○指定 ○非指定				
給付請求	第 号 第 号			名称								
	第 号 第 号			住所 〒								
	第 号 第 号			TEL								
	第 号 第 号			薬局：利用あり（院外・院内）・利用なし								
備考												

通勤経路をお知らせください。

茨城労働保険管理協会 FAX 029-837-1813

通勤経路を矢印で示していただき、事故発生現場がわかるように×印をお願いします。

通勤経路図：



事故発生現場について、目印になる建物などございましたらご記入をお願いします。