

※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。

茨城労働保険管理協会

FAX 029-837-1813

(通勤災害) 労災連絡票				受理日		R 年 月 日				受付者				
労働保険番号		0	8	0	4	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									
	〒 TEL				職種									
住所				他の就業先		有・無								
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		※どのような状況で事故が発生してしまったか、詳しくお知らせください。												
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					
協会 給付 請求 欄	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											
複数の医療機関、薬局をご利用の場合はこちらへご記入ください。														

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。