

※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。

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		株式会社 ○○商事				事業主		水戸 太郎				
所在地		つくば市○○1-1-1				TEL		029-123-4567				
被災者	フリガナ	ヤマダ ハナコ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		生年月日		H1年 1月 1日		
	氏名	山田 花子			年齢	34 歳		雇用年月日		H28年 4月 1日		
	〒	305-0000		TEL	029-234-5678				職種	製造作業		
	住所	つくば市○○1-2-3				他の就業先		有・ <input checked="" type="radio"/> 無				
事故発生日時		令和 5年 2月 1日		<input checked="" type="radio"/> 午前		午後		7時 45分頃				
出勤途中	住居を離れた時刻	<input checked="" type="radio"/> 午前・午後		7時 15分頃		通勤所要時間						
	就業開始予定時刻	<input checked="" type="radio"/> 午前・午後		8時 00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 30分						
発生場所		国道○号線 ○○交差点付近										
現場確認者	氏名	筑波 一郎		職名	製造作業		第三者行為に該当 する・ <input checked="" type="radio"/> しない					
相手の有無		<input checked="" type="radio"/> 1.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。 自宅から自動車出勤途中、つくば市内の国道○号線を○○方面へ走行中、○○交差点手前で信号が変わったので停止しようとブレーキをかけたところ、路面が凍結していたためにタイヤがスリップして反対車線のガードレールにぶつかってしまい、右半身に打撲を迫ってしまった。										
負傷箇所		右半身打撲		休業見込み		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		2/1~3/31 まで				
所定労働時間		8時 00分から		17時 00分まで		雇用保険資格		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無				
賃金支払方法		月給・日給・ <input checked="" type="radio"/> 時給 (1,000円)		賃金締/払		20日締/当月・翌月		31日払				
健康保険		<input type="radio"/> 使用 <input checked="" type="radio"/> 未使用		病院 初診日:		2月 1日		<input checked="" type="radio"/> 指定 <input type="radio"/> 非指定				
給付請求欄	第 号 第 号	名称 ○○総合病院										
	第 号 第 号	住所 〒 300-0000 つくば市○○5-6-7										
	第 号 第 号	TEL 029-123-0001										
	第 号 第 号	薬局: 利用あり (<input checked="" type="radio"/> 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。												