

# 通勤労働災害事故発生報告書

事業所名 \_\_\_\_\_

あすか社会保険労務士法人  
T E L 0246 (38) 9001  
F A X 0246 (24) 3243

下記の内容をご記入の上、当事務所までファクシミリでご返送願いたくお願い申し上げます。

発 生 日 時	平成 年 月 日 ( 時 分頃)		
災 害 発 生 場 所			
当日の始業終業時刻	時 分 ~ 時 分		
当日の自宅若しくは 会社を離れた時刻	時 分	通常の通勤所要時間	時間 分
当 事 者	住 所		
	氏名 (フリガナ)	電話番号	
	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	
	職 種		
	入 社 日	勤続年数	年 ヵ月
災害発生状況と原因			
	現 認 者 住 所 氏名・電話番号		
通常の通勤の経路 (経路図を記載願います)	*通勤(変更)申請書があれば添付		

- ・病院等で処置を施した場合、病院名 ( )
- ・処方箋がある場合、○をつけてください ( 院外薬局 ・ 院内薬局 )  
処方した薬局名 ( )
- ・わかれば、傷病名 ( )  
傷病部位 ( )