

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	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 カ月
災害発生状況と原因			
	現認者住所 氏名・電話 番号		
通常通勤の経路 (経路図を記載願います)	*通勤(変更)申請書があれば添付		

処方箋がある場合は○をつけてください (院外薬局 ・ 院内薬局)

わかれば、傷病名 () 傷病部位 ()