※できるだけ詳しくご記入下さい　　　　　　労災連絡票

会社名　株式会社○○○○

作　成　　　○○年　○○月　○○日

作成者　　☑︎本　人

□代理人　　役職名　　○○○

　　　　　　　　　　　氏　名　　○○　○○

≪災害発生の日の就業の場所≫

場　所　〒〇〇〇－〇〇〇〇

　　東京都○○○○○　〇―〇―〇

ＴＥＬ（○○）○○○○―○○○○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発  生  状  況 | フリガナ  氏　名 | ○○○　○○○  ○○　○○　　　　男・ | | | | 住　所 | | 〒　〇〇〇－〇〇〇〇ＴＥＬ（〇〇〇）〇〇〇－〇〇〇〇  東京都○○○○○　〇―〇―〇 | | | | | |
| 生年月日 | ○○○○年○月○日生（○○才） | | | | 職　種 | | 営業 | | | 職種歴 | （　１　）・月 | |
| ※その他就業先の有無 | | | | ・無 | 就業先の数 | | １ | | 就業先の特別加入の有無 | | 有・ | |
| 発生日時 | ○○○○　　年　　○　月　○○　　日（　○　）　　午前・午後　８時　　４０分　頃 | | | | | | | | | | | |
| ※再発日 | ※再発の場合にご記入ください　　　　　　年　　　月　　　日（　　） | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | （名称）　○○ビル　階段  （住所）　東京都○○○○○　〇―〇―〇 | | | | | | | | | | | |
| 事故を確  認した人 | 氏名　　○○　○○　　　　　　　　　　　　その人の職種　○○○○  住所　東京都○○○○○　〇―〇―〇  （外出中、通勤途上の場合は、社外の人または会社で報告を受けた人になります。） | | | | | | | | | | | |
| 発  生  内  容 | どこで、だれと、何の仕事中、何をしているとき、どのような物又は環境で、どこをどのようにケガをしたのか（機械の持ち運びの場合等は機械名、一緒に運んでいた人の氏名等）できるだけ詳しく記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| （どこで）　○○ビル　（東京都○○○○○　〇―〇―〇）の階段で | | | | | | | | | | | | |
| （だれと）　一人で | | | | | | | | | | | | |
| （何の仕事中）　通勤中 | | | | | | | | | | | | |
| （何をしているとき）　通勤しているとき | | | | | | | | | | | | |
| （どのような物又は環境で）　雨が降っていて濡れている階段 | | | | | | | | | | | | |
| （どこを）　腰・右手首 | | | | | | | | | | | | |
| （どのようにケガをしたのか）　転倒して打撲 | | | | | | | | | | | | |
| 病  院  ① | 名　　称 | | 住　　　　所 | | | | | | Ｔ　Ｅ　Ｌ | | | | 労災指定の有無 |
| ○○○○○○ | | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  東京都○○○○○　〇―〇―〇 | | | | | | （〇〇）〇〇〇〇－〇〇〇〇 | | | | 有・無・接骨医 |
| 傷　病　の　部　位 | | | 傷　　病　　名 | | | | | 休業見込期間 | | | | |
| 腰・右手首 | | | 打撲 | | | | | （　　０　　　）月・週・日 | | | | |
| 初診の月日と時間　　　　　○○○○　　年　　○　月　○○　　日（　○　）　　午前・午後　９時　　１０分　頃 | | | | | | | | | | | | |
| 病院  ② | 名　　称 | | 住　　　　所 | | | | | | Ｔ　Ｅ　Ｌ | | | | 労災指定の有無 |
|  | | 〒　　　－ | | | | | | （　　　）　　－ | | | | 有・無・接骨医 |
| 薬  局 | 名　　称 | | 住　　　　所 | | | | | | Ｔ　Ｅ　Ｌ | | | | 労災指定の有無 |
| ○○薬局○○店 | | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  東京都○○○○○　〇―〇―〇 | | | | | | （〇〇）〇〇〇〇－〇〇〇〇 | | | | 有・無・接骨医 |
| 参  考 | 事故発生日と初診日が異なる場合その理由  〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | 略図（発生時の状況を図示して下さい） | | | | | | |
| 労災指定病院以外で治療した理由  〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | |
| ＜※記入しないで下さい＞　　　【□業務上災害　□通勤災害】  □病院（　　）号　　　　　□死傷病報告書  □薬局（　　）号　　　　　□休業補償支給申請  □通院費（有　無）　　　□第三者行為災害 | | | | | | |

※できるだけ詳しくご記入下さい　労災連絡票（通勤災害のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| 通勤について | （１）出勤中の労災事故≪自宅から会社までの方法および所要時間≫    　　自宅　　　　　　　　（〇〇〇）駅　　　　　　　　（〇〇〇）駅　　　　　　　　　**会社**  所要時間　　　（徒歩１５分）　　　　　　　（〇〇線１０分）　　　　　　　（徒歩５分）  自宅出発時刻（８：３０）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　就業開始時刻（９：００）  【記載例】  　　自宅　　　　　　　　（〇〇〇）駅　　　　　　　　（〇〇〇）駅　　　　　　　　　**会社**  所要時間　　　（徒歩１５分）　　　　　　　（〇〇線１０分）　　　　　　　（徒歩５分）  自宅出発時刻（８：１０）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　就業開始時刻（９：００） |
| （２）帰宅中の労災事故≪会社から自宅までの方法および所要時間≫  **会社**　　　　　　　　（　　　　）駅　　　　　　　（　　　　）駅　　　　　　　　　自宅  所要時間　　　　（　　　分）　　　　　　　　（　　　分）　　　　　　　　（　　　分）  就業終了時刻（　　：　　）  就業の場所を離れた時刻（　　：　　）  **会社**　　　　　　　　（〇〇〇）駅　　　　　　　　（〇〇〇　）駅　　　　　　　　　自宅  所要時間　　　　（徒歩５分）　　　　　　　（〇〇線１０分）　　　　　　　（徒歩１５分）  就業終了時刻（１８：００）  就業の場所を離れた時刻（１８：２０） |
| 1. 地図を添付の上、②通勤経路および③災害発生の場所をご記入ください≫   〇〇通り  〇〇〇駅  自宅  〇〇ビル  東京都○○○○○　〇―〇―〇  ○○ビル　階段 |