

労災発生連絡票（通勤中）

平成 年 月 日

三井田労務管理事務所 担当 _____ 様 連絡元 担当者名 _____

会社名 _____ 営業所名 _____

フリガナ 男
負傷した労働者の氏名 _____ 女 職種 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

フリガナ
住所 _____ TEL _____

診療を受けた病院 労災指定病院 ・ 労災指定病院以外 ・ 不明

災害発生の日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時刻 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 出勤時・退社時

災害発生の場所 _____ 第三者（加害者）あり ・ なし

交通事故の場合、事故届 提出済み・未提出（理由： _____ ）

出勤時の場合、家を出た時刻 [午前 _____ 時 _____ 分]

退勤時の場合、職場を出た時刻 [午後 _____ 時 _____ 分]

当日の就業時間 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

合計 3 日を超える欠勤の見込み あり / なし

現認者氏名 _____ 住所 _____ TEL _____

災害発生の原因と状況（負傷の内容もできるだけ詳しくご記入ください。）

【どこで】 _____

【どの様に】 _____

【どこの部分を】 _____

通勤経路の略図（所要時間もご記入ください。）

平常時

災害発生時