

通勤災害16号作成依頼

社会保険労務士法人みついだ事務所 TEL 03-3841-5513 FAX 03-3841-7363

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

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 _____ 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

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。）

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

通勤経路の略図（所要時間もご記入ください。）



社会保険労務士法人みついだ事務所

様

労災 号様式 作成依頼

1. 被災者 会社名： _____
 部署名： _____ 職 種： _____
 フリガナ
 氏 名： _____ 男 / 女 生年月日： 年 月 日 (歳)
 フリガナ
 住 所<自宅>： (〒 -) _____
 TEL<自宅>： _____

2. 災害発生について

発生日時： 年 月 日 () : 頃

現認者： _____ 職 種： _____
 所在地<事業所>： (〒 -) _____
 TEL<事業所>： _____

状況

[どこで] _____
 [どんな仕事をしている時に] _____

 [どの様に] _____

 [どの部分を] _____

※ かなり詳細に記入してください。

3. 病院について 病院名： _____
 所在地： (〒 -) _____
 TEL： _____
 労災指定病院の有無： 有 / 無 _____
 費用の個人負担額： 全額 / 一部 / 未払 _____