

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]

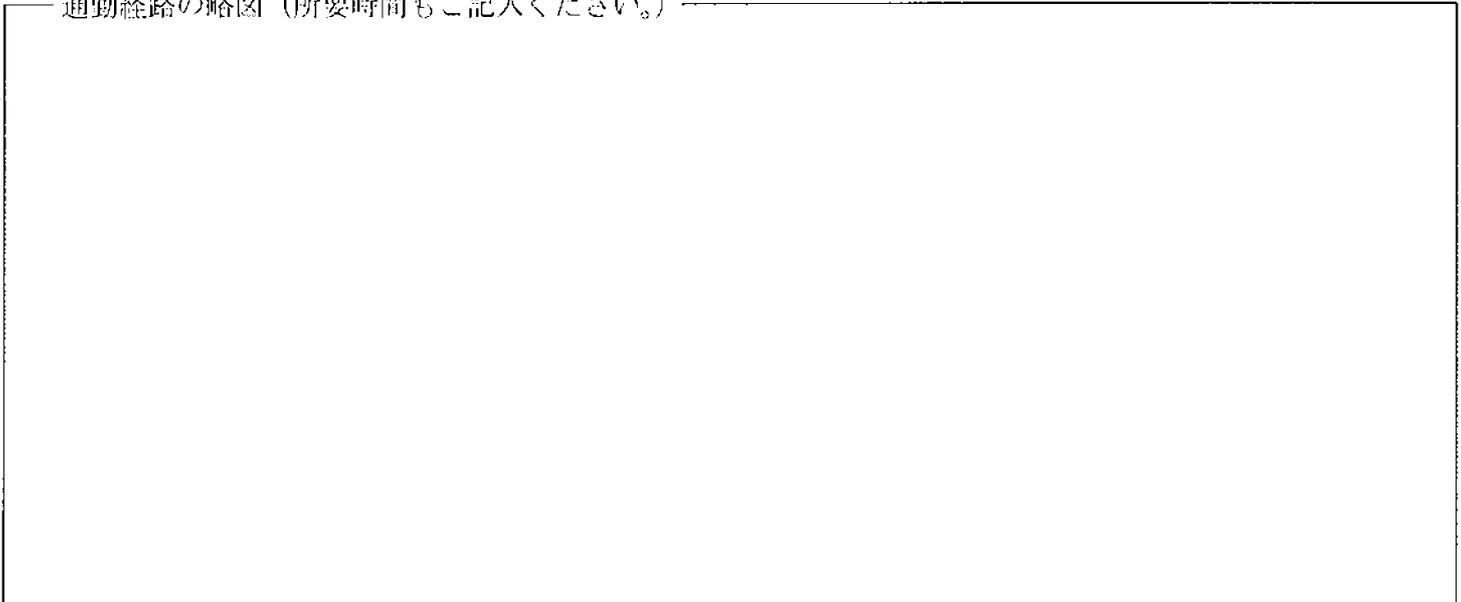
当日の就業時間 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

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 \_\_\_\_\_