

※太枠の中をご記入いただき、別紙の通勤経路図とともにご返信ください。

(通災) 労災連絡表						受理日		R 年 月 日				受付者				
労働保険番号		0	8		0	4	9	3	6	2	5		枝番			
事業所名										事業主						
所在地										TEL						
被災者	フリガナ						性別	男・女		生年月日		年 月 日				
							年齢	歳		雇用年月日		年 月 日				
	氏名						社員 ・ パート社員 ・ アルバイト ・ 特別加入者									
	〒 TEL						職種									
住所																
事故発生日時		令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃														
出勤途中	住居を離れた時刻					午前・午後 時 分頃					通勤所要時間					
	就業開始予定時刻					午前・午後 時 分頃										
帰宅途中	就業終了の時刻					午前・午後 時 分頃										
	就業場所を離れた時刻					午前・午後 時 分頃					時間 分					
発生場所																
現場確認者		氏名					職名					第三者行為に該当 する・しない				
相手の有無		1.いない（自損事故） 2.いる（自身が加害者） 3.いる（自身が被害者）														
発生状況		※どのような状況で事故が発生してしまったか、詳しくお知らせください。														
負傷箇所		休業見込み ○有 ○無														
所定労働時間		時 分から					時 分まで					雇用保険資格 ○有 ○無				
賃金支払方法		月給・日給・時給( )					賃金締/払		日締/当月・翌月 日払							
健康保険		○使用 ○未使用					病院 初診日： 月 日 ○指定 ○非指定									
給付請求欄	第 号 第 号					名称										
	第 号 第 号					住所 〒										
	第 号 第 号					TEL										
	第 号 第 号					薬局：利用あり（院外・院内）・利用なし										
複数の医療機関、薬局をご利用の場合はこちらへご記入ください。																