

事故発生報告票【通勤災害用】

報告日 令和 年 月 日

フリガナ		会員番号	-			
加入者氏名		携帯電話	- -			
加入者の生年月日 (元号:T,S,H,Rで表記)	年 月 日	メールアドレス				
加入者の現住所	〒 -					
事故発生状況	事故発生日・時刻 (疾病のときは初診日)	令和 年 月 日	午前 午後	時	分 頃	
	事故発生場所					
	事故の内容	① どのような仕事(作業)で通勤しているときの事故ですか。 例)を参考にできるだけ具体的にご記入ください。 例) ○○制作会社との○月○日からの契約で、○○の制作作業を行うため、自宅から同社のスタジオへ向かっているとき、○○制作会社のスタジオで○○の作業した後、スタジオを出て自宅に帰る途中、など。なお、契約の有無に関してメール・口頭等のみで文書がない場合であっても、労働基準監督署において発注や報酬、支払の実態を調査したうえで適切に判断することとなります。				
		② どのような状況で負傷されましたか。				
		③ 傷部の部位及び傷病名をご記入ください。				
	事故時の通勤の種別 (いずれかに☑印)	<input type="checkbox"/> イ 住居から仕事場所への移動 <input type="checkbox"/> ロ 仕事場所から住居への移動 <input type="checkbox"/> ハ 仕事場所から他の仕事の場所への移動		<input type="checkbox"/> ニ イに先行する住居間の移動 <input type="checkbox"/> ホ ロに後続する住居間の移動		
	事故時の仕事開始の 予定年月日・時刻	イ、ハ又はニに該当する場合	令和 年 月 日	午前 午後	時	分 頃
	事故時の住居を離れた 年月日・時刻	イ、ハ又はホに該当する場合	令和 年 月 日	午前 午後	時	分 頃
	事故時の仕事が終了した 年月日・時刻	ロ、ハ又はホに該当する場合	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分 頃
	事故時の仕事場所を 離れた年月日・時刻	ロ又はハに該当する場合	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分 頃
移動経路(どこからどこまでかを具体的に)						
事故の現認者 又は報告先	氏名		役職名		電話 - -	
事故のときの 契約相手先	名称		電話	- -		
	所在地	〒 -				
負傷の程度	① いつ頃まで治療が必要ですか。(見込) 令和 年 月 日 頃まで		② 全く仕事ができず休業の可能性がある場合 日くらい仕事ができない見込み			
受診した医療機関 (健康保険を使用 の場合には☑印) 健保使用有	名称					
	住所	〒 -	電話	-	-	
調剤薬局(院外処方) (健康保険を使用 の場合には☑印) 健保使用有	名称					
	住所	〒 -	電話	-	-	

※ この報告票はあくまでも当センター用です。労災保険給付の請求には別途所定の請求書類の提出が必要となります。