

# 通勤災害連絡票

所 属 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
職 種 \_\_\_\_\_

## 通勤災害に関する事項

- ① 指定病院等の  
名 称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_
- ② 傷病の部位及び状態  
\_\_\_\_\_
- ③ 第三者行為に該当  
する しない
- ④ 負傷の日時平成年  
平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分頃
- ⑤ 災害発生場所  
\_\_\_\_\_
- ⑥ 災害発生時の就業場所  
\_\_\_\_\_
- ⑦ 災害発生時に住居を離れた時刻(入社時)  
午前・午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分
- ⑧ 災害発生時に就業場所を離れた時刻(退社時)  
午前・午後 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分
- ⑨ 通常の通勤経路、方法、所要時間  
(例)自宅 — 徒歩5分 — 駐車場 — 自家用車20分 — 会社  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ⑩ 災害の原因及び発生状況  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ⑪ 現認者がいた場合の住所・氏名・電話番号  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_