

通勤災害連絡表(療養給付申請)

1	怪我をされた方の氏名	
2	負傷年月日	令和 年 月 日
3	時刻	午前・午後 時 分頃
4	災害発生の場所(住所がベストです)	
5	災害発生の日の就業場所の住所(本社所在地など)	
6	行きのケガの場合、①災害発生日の就業開始の予定時刻と②住居を出発した時刻	①午前・午後 時 分 ②午前・午後 時 分
7	帰りのケガの場合、①就業終了の時刻と②会社を出た時刻	①午前・午後 時 分 ②午前・午後 時 分
8	職種(役職名でなく仕事の内容)	
9	診察を受けた病院・薬局の名称、電話番号(複数ある場合は全ての病院・薬局の名称を、受診した順にご記入ください。また、病院・薬局を変更した場合、その理由をご記入下さい。)	① ② ③ ④
10	負傷した部位と状態	
11	通勤の移動経路と移動時間 自宅から会社まで	所要時間(時間 分)
12	災害の発生及び原因(できるだけ詳しくお願いします) どこで、どういうふうな、どうなって、どうしたか。	
13	連絡を受けた人(現認者)の氏名・電話番号(最初に連絡を受けた方)	
14	過失割合(相手がいる第三者行為の場合)	本人:相手
15	治療費の支払い	
16	警察への届出の有無(事故等の場合)	有/無
17	届出た警察署	
18	休業の有無	有(おおよそ 日程度)/無