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。) |  |
| 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、どういうふうに、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(およそ　　　　日程度)/無 |