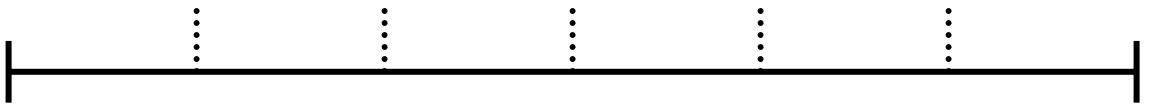
社会保険労務士法人　すずき事務所　行

通　勤　労　災　事　故　報　告　書

会社名

記入者

報告日　　年　　月　　日

事故発生年月日	平成　　年　　月　　日　午前／午後　　時　　分ごろ					
事故発生場所						
通勤の経路等	災害の発生したその日に住居（会社）を離れた時刻　→　午前／午後　　時　　分ごろ					
	災害の発生したその日の就業開始（終了）の時刻　→　午前／午後　　時　　分ごろ					
	住居（会社）　　会社（住居） 					
被災者情報	フリガナ		生年月日	大　昭　平　　年　　月　　日　　歳	男　女	
	氏　　名					
	フリガナ					
	現　住　所	〒 Tel				
	職　　種		入社年月日	昭　平　　年　　月　　日		
処置対応病院	名　　称	Tel				
	所　在　地	〒				
処置対応薬局	名　　称	Tel				
	所　在　地	〒				
傷病の程度（部位及び状態）					発生現場の略図	
休業の見込み	有　　日くらい　／　無					
災害発生状況及び原因	①どこで（場所）②何をしていて（作業の状態）③何が（原因となるもの）④どうなって ⑤どこを（体の部位）⑥どうした（負傷の状態）を詳細にご記入下さい。					
事故の現認者	職　　名		氏　　名			

※　　事故発生後は、早急に記入し FAX にてお送り下さい。

FAX：03-5213-9124