労災事故報告事項（通勤災害）

報告年月日	令和　　年　　月　　日		
1 フリガナ 氏名		2 生年月日	昭和・平成 年　月　日生（　歳）
3 住所 （TEL）	〒 TEL		
4 職種			
5 事故発生日時	令和　年　月　日　午前・午後　時　分		
6 経験年数	年　カ月		
7 休業見込期間	カ月　週間　日　なし		
8 傷病名・部位			
9 現認者または報告を受けた者の役職、氏名	（役職） （氏名）　（TEL）		
10 医療機関名称・所在地	名称	所在地	
10 受診日	□負傷日当日　午前・午後　時頃 □負傷日以外　令和　年　月　日　午前・午後　時頃		
11 薬局	なし　・　あり　（院内 / 院外）　※院外は以下記入		
11 院外薬局名称・所在地	名称	所在地	
11 受診日	□負傷日当日　午前・午後　時頃 □負傷日以外　令和　年　月　日　午前・午後　時頃		
12 災害発生状況及び原因 ①災害発生住所	災害発生住所		
②ような物、環境 （どのように）			
③ケガの原因 （なにゆえに）			
④ケガの状態・部位 （どのように）			

11　災害時の通勤の種別　【　　】　以下　イ～ホで該当する記号を記入

イ. 住居から就業場所への移動　⇒11・12記入
ロ. 就業場所から住居への移動　⇒13・14記入
ハ. 就業場所から他の就業場所への移動　⇒11・13・14記入
ニ. イに先行する住居間の移動　⇒11・12記入
ホ. ロに後続する住居間の移動　⇒12・13記入

12	就業開始の予定年月日および時刻	年	月	日	午前・午後	時　分
13	住居を離れた年月日および時刻	年	月	日	午前・午後	時　分
14	就業終了の年月日および時刻	年	月	日	午前・午後	時　分
15	就業の場所を離れた年月日および時刻	年	月	日	午前・午後	時　分
16	通常の通勤所要時間	時間　分				

17　通勤経路　　記入または通勤経路のわかるものを添付願います

【連絡事項　】

建設業あゆみ一人親方組合
TEL　011－788-9557
FAX　011-788-9558