

# 通 勤 災 害 発 生 届

(労働災害補償保険法適用)

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	事 務 局 次 長	総 務 課				所 属 長	担 当 者	
					課 長	事 業 担 当 課 長	課 長 代 理 人	事 務 担 当 者			
(福) みおつくし福祉会 理事長 様  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     事業所名 _____                      (届出人)                      職 氏 名 _____ 印 _____                 </div>											
傷 病 者	事業所名			役職名		氏 名					
	自宅住所 (〒 _____ )				性 別		生年月日				
						男性 ・ 女性		昭 ・ 平 年 月 日 ( 歳 )			
発生日時					発生場所						
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午 前 _____ 時 _____ 分 頃											
現認者の住所及び氏名											
住所：					氏名：						
通常の通勤経路方法、所要時間											
並びに災害発生時の日に住居又は就業の場所から災害発生											
の場所に至った経路方法・所要時間その他の状況											
発生の状況及び原因											
傷 病 確 認	※初診日			※療養見込期間				※休業見込期間			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			間				間			
	※傷病部位及び症状										
	※医療機関所在地及び名称							※現認者職氏名			
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
所在地： _____							※現認年月日				
医療機関名： _____							令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
医師名： _____ 印 _____											