

# 通勤災害・事故速報

※のところは選んで○を付けて下さい。詳しくご記入の上、当協会までFAXして下さい。

1. 事業所名	ご連絡先 TEL      -      -				コードNo. (4桁)			
2 被 災 者	フリガナ	性別	※男 ・ 女	※昭和・平成 年 月 日 (事故当時 歳)	職種	(経験 年 ヶ月)		
	氏名		様					
	住所 〒      -							
	自宅 TEL      -      -	携帯		-      -				
	※被災者は…… ①特別加入者 ②正社員 ③アルバイト・パート							
事故発生日から遡って4ヶ月以内に他の事業所で労働者として働いたことが					※ない・ある (注)アルバイト含む			
他の事業所で労災保険特別加入をしている				※していない・している				
3. 事故発生日	年	月	日	午前・午後	時	分	頃	
4. 事故発生場所								
5 事 故 の 状 況	①自宅～会社に行く途中の事故の場合	自宅を出た時間	午前・午後	時	分	通常の所要時間	時間 分	
		就業開始の予定時間	午前・午後	時	分			
	②会社～自宅に帰る途中の事故の場合	就業の終了時間	午前・午後	時	分	通常の所要時間	時間 分	
		会社を出た時間	午前・午後	時	分			
	③事故の時は		<自宅・事故の場所・事業所を地図に書いて下さい。>					
	※ 徒歩 ・ 自転車 ・ 単車 (      CC) ・ 車							
④事故の状況は								
⑤どこを負傷しましたか								
⑥病院にはいつ行きましたか		年 月 日 (初診日)		⑦ ⑥の病院から転院しましたか				
病院名： (住所：      )				病院名： (住所：      )				
6. 休業 (4日以上) の見込み	※ あり ・ なし ・ わからない			(注)特別加入者の休業補償給付は、全部労働不能であることが支給条件です。				
7. 通勤災害を証明できる方 (親族以外の方をフルネームで)	氏名		様	電話番号		-	-	
	住所							
	※その方は……事業主・役員 (役職      )・同僚 (      )・その他 (      )							

◎今回の事故は、通勤途中の事故であり、上記報告内容に間違いありません。

報告者氏名 (ご署名下さい)	※事業主・役員 (役職      ) その他 (      )
様	

◆当協会は、事故速報が届きましたら、必ずお電話を致します。3営業日以内に当協会から電話がない場合は、恐れ入りますが、お問い合わせ下さい。

労働保険事務組合 一般社団法人 愛知県建設産業協会  
〒466-0044 名古屋市昭和区桜山町3-51-2  
TEL 052-853-1410 FAX 052-841-4591