

※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 氏名	様	性別 ※男・女	生年月日	※昭和・平成 年 月 日 (事故当時 歳)	職種	(経験 年 ヶ月)
	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	分頃	通常の所要時間	時間 分
		就業開始の予定時間	午前・午後	時	分頃		
	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	分頃	通常の所要時間	時間 分
		会社を出た時間	午前・午後	時	分頃		
	③事故の時は ※ 徒歩 ・ 自転車 ・ 単車 (CC) ・ 車		<自宅・事故の場所・事業所を地図に書いて下さい。>				
	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) 病院名： (住所：)		⑦ ⑥の病院から転院しましたか 年 月 日 (転院日) 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)	様	※事業主・役員 (役職)	()
		その他 ()	()

◆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 052-852-6326② FAX 052-841-4591