

通勤災害届			
			年 月 日
氏名	印 男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	TEL.		
所属		職種	
災害発生の日時	年 月 日	午前・後	時 分頃
災害発生の場所			
住居・就業の場 所を離れた時刻	午前	午後	時 分頃 就業の場所
傷病	部位と傷病名		
状態	傷病の程度	治療日数 日	入院日数 日 休業日数 日
医療	名 称		
機関	所 在 地		
医療	名 称		
機関	所 在 地		
通常の通勤の経路 及び方法 住居又は就業の場 所から災害の発生 の場所に至った経 路、方法、所要時 間その他の状況	<p>(略)</p>		
		通常の通勤所要時間	時間 分
災害の原因 及び 発生の状況			
現 認 者	氏 名		
	住 所	TEL.	

※現認者につきましては、同行者がいらっしゃる場合は同行者の方、そうでない時は報告を受けた方（上司等）のお名前等をご記入下さい。