|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ５通 勤 災 害 届　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 印　男・女 | | | | | | | | 生年月日 | | | 昭・平　　　年　 　月　　日 | | |
| 住所 | TEL | | | | | | | | | | | | | |
| 所属 |  | | | | | | | | | | 職種 | |  | |
| 災害発生日時 | | | | 年　　　　月　　　日　　　午前・午後　　　　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　　　　　　　　　　　　　　就業の場所  午後　　　時　　　　分頃　　　　所定労働時間 | | | | | | | | | | |
| 傷病  状態 | | 部位と傷病名 | | | | | |  | | | | | | |
| 傷病の程度 | | | | | | 治療日数　　　　日 | | 入院日数　　　　　日 | | | | 休業日数　　　　　日 |
| 兼業の有無 | | | | | 複数の会社で働いているか　　はい　・　いいえ | | | | | | | | | |
| 医療  機関 | | 名　　称 | | |  | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | | |
| 医療機関へ行った日時　　　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分  ※災害発生日と受診日が異なる場合、その理由(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 院外薬局 | 名　称 | | | | |  | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 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 | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | TEL | | | | | | | |