

業務災害報告書

保険番号	第	号	業 務 通 勤	整理 番号	号						
被災者	フリガナ		性別	職種	生年月日	年	月	日			
	氏名				雇入年月日	年	月	日			
	〒		住所		Tel						
常時勤務する所の	名称				Tel						
	〒		所在地								
区分		所定労働時間		時	分	～	時	分			
災害発生日時	令和	年	月	日	時	分	頃				
A 業務・通勤災害ともに記入											
① 場所											
現認者	氏名		職名								
② 災害原因及び発生状況				B 通勤災害の場合に限り記入							
				災害発生日の就業開始又は終了の時刻		時	分				
				自宅を離れた時刻		時	分	頃			
				就業場所を離れた時刻		時	分	頃			
				災害発生日の就業場所							
				○通常の通勤経路・方法・所要時間を記載							
[通勤に要する時間 : 時間 分]											
病院・薬局	最初にかかった病院	労災指定の有無	名称		Tel						
	〒		所在地								
病院・薬局	病院の変更又は薬局	労災指定の有無	名称		Tel						
	〒		所在地								
下記については、上記災害により4日以上休まれる時のみ記入してください。											
休業見込日数:	日	休業期間中の給与支払:	賃金締切日:	毎月	日						
過去3ヶ月前の賃金締切日から	賃金計算期間	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	災害日前一年間の賞金および臨時賃金						
	出勤日数	日	日	日							
	基本賃金	円	円	円							
	通勤手当	円	円	円	年	月	日				
	手当	円	円	円							
		円	円	円	年	月	日				
		円	円	円							
		円	円	円	年	月	日				
私傷病で休んだ日数	日	日	日								

◎記入上の注意

①は同社内または京浜第一国道小山交又点とか〇区〇町〇番〇号等の災害現場を記入。
 ②はどのような作業をされていてどの様な事から災害が発生し、身体の中のどの部分を負傷したのかを詳細に記入してください。
 ※欄は記入しないで下さい。

上記の通り報告します。

令和 年 月 日

日本福祉協会 殿

〒 Tel

所在地

事業所名

代表者名

印