

# 石山社会保険労務士事務所

通勤災害（通勤途中のケガや事故など）の労災申請にかかるヒアリングシートです。  
労働基準監督署への提出書類を作成するため、可能な限り詳細にご記入ください。



【ご記入にあたっての凡例】

- 緑色のセル：必須入力項目です（原則ご記入ください）。
- 黄色のセル：該当する場合のみご記入ください（出勤時/退勤時での分岐や、薬局・副業の有無など）。

| No.                  | 確認項目            | ご回答欄  | 備考・補足（当事務所より）   |
|----------------------|-----------------|---|---|
| <b>【A】被災者（ご本人）情報</b> |                 |   |   |
| 1                    | 氏名（漢字）          |   | 戸籍上の文字でお願いします   |
| 2                    | 氏名（フリガナ）        |   |   |
| 3                    | 生年月日・性別         |   | 例：昭和60年4月1日、男性  |
| 4                    | 自宅郵便番号          |   | 例：123-4567  |
| 5                    | 自宅住所            |   | 都道府県からご記入ください   |
| 6                    | 本人の電話番号         |   | 日中繋がりのやすい番号   |
| 7                    | 職種              |   | 例：製造工、営業事務など  |
| <b>【B】災害の発生状況</b>    |                 |   |   |
| 8                    | 負傷年月日           |   | 例：令和6年10月1日   |
| 9                    | 負傷の時刻           |   | 例：午前8時30分ごろ   |
| 10                   | 傷病名             |   | 診断書に基づく病名（不明時は空欄）                                       |
| 11                   | 傷病の部位及び状態       |   | 例：右足首の骨折、むち打ちなど   |
| 12-(1)               | 確認した人：住所        |   | 災害発生の事実を確認した（目撃した等）方がいる場合                               |
| 12-(2)               | 確認した人：郵便番号      |   |   |
| 12-(3)               | 確認した人：氏名        |   |   |
| 12-(4)               | 確認した人：電話番号      |   |   |
| 14                   | 災害の発生状況         |   | <b>【重要】具体的にお願いします</b><br><b>（どのような状況で、何が原因で、どうなったか）</b> |
| 15                   | 災害の場所           |   | 住所、交差点名、駅名、店名など   |
| <b>【C】通勤の状況・経路</b>   |                 |   |   |
| 13                   | 災害時の通勤の種別       |   | 例：住居から就業場所/就業場所から住居 等                                   |
| 16                   | 災害発生日の就業の場所     |   | 向かっていて、または退出した勤務地                                       |
| 17                   | （出勤時）就業開始の予定時刻  |   | ※出勤中の事故の場合のみ記入  |
| 18                   | （出勤時）住居を離れた時刻   |   | ※出勤中の事故の場合のみ記入  |
| 19                   | （退勤時）就業終了の時刻    |   | ※退勤中の事故の場合のみ記入  |
| 20                   | （退勤時）就業場所を離れた時刻 |   | ※退勤中の事故の場合のみ記入  |
| 21                   | 通勤の移動の所要時間      |   | 例：片道約45分  |
| 35                   | 【提出】移動の経路図      | 出発地点から到着地点を通勤ルート通りに線で結び、おおよその災害場所に【×印】を付けてください。 | <b>【重要】ルート図を提出願います</b>                                  |
| 36                   | 【提出】災害場所詳細図     | 事故現場を大きく表示させ、災害場所に【×印】を付けてください。                 | <b>【重要】詳細図を提出願います</b>                                   |

| 【D】医療機関について      |              |   |
|------------------|--------------|---|
| 22               | 当日受診できなかった理由 | ※負傷日当日に受診しなかった場合のみ                              |
| 23-(1)           | 最初の病院：初診日    | 初めて受診した日  |
| 23-(2)           | 最初の病院：住所     |   |
| 23-(3)           | 最初の病院：郵便番号   |   |
| 23-(4)           | 最初の病院：名称     |   |
| 23-(5)           | 最初の病院：電話番号   |   |
| 24-(1)           | 最初の薬局：住所     | ※薬局を利用した場合のみ記入                                  |
| 24-(2)           | 最初の薬局：郵便番号   |   |
| 24-(3)           | 最初の薬局：名称     |   |
| 24-(4)           | 最初の薬局：電話番号   |   |
| 25-(1)           | 転院先の病院：住所    | ※転院した場合のみ記入                                     |
| 25-(2)           | 転院先の病院：郵便番号  |   |
| 25-(3)           | 転院先の病院：名称    |   |
| 25-(4)           | 転院先の病院：電話番号  |   |
| 26-(1)           | 転院先の薬局：住所    | ※転院先で薬局を利用した場合のみ                                |
| 26-(2)           | 転院先の薬局：郵便番号  |   |
| 26-(3)           | 転院先の薬局：名称    |   |
| 26-(4)           | 転院先の薬局：電話番号  |   |
| 27               | 転院理由         | ※転院した場合のみ記入                                     |
| 【E】休業・経験・その他の就業先 |              |   |
| 28               | 休業（予定）日数     | 例：〇日間、または未定                                     |
| 29               | 経験年数（又は月数）   | 御社に入社後、同じ業務をどのくらい経験しているか                        |
| 30               | その他の就業先      | 例：有/無   |
| 31               | その他の就業先の社数   | ※「有」を選択された方のみ                                   |
| 32               | 【確認】様式8号の提出  | <b>【重要】31で「有」を選択し休業補償がある場合は「様式8号」を提出してください。</b> |
| 33-(1)           | 特別加入：団体の名称   | ※その他の就業先で特別加入している方のみ                            |
| 33-(2)           | 特別加入：労働保険番号  | ※該当者のみ  |
| 33-(3)           | 特別加入：加入年月日   | ※該当者のみ  |
| 34               | 第三者行為災害の該当   | 例：該当する（交通事故など）/該当しない（自損など）                      |