

※この聞き取り用紙をもとに監督署へ提出する労災申請用紙を作成します。
記入後、組合まで返信をお願いします。

この用紙はHP
よりダウンロード
できます

労災事故報告書

FAX: 0596-28-9031

(一人親方及び中小事業主用)

記入日 令和 年 月 日

災害発生日時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃
現場の住所	
施主名	邸
工事名	工事
フリカナ	
被災者氏名	職種
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 才 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被災者住所	〒 - 電話番号 - - 携帯 - -
その他の就業先(兼業)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
現認者氏名	(一緒に作業していた人)
現認者職種	
初診日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 作業を中断して受診 <input type="checkbox"/> 勤務終了後受診 <input type="checkbox"/> 後日受診 <input type="checkbox"/> その他
受診病院名	
傷病の部位及び状態	
休業見込み	<input type="checkbox"/> 休業なし <input type="checkbox"/> 4日未満 <input type="checkbox"/> 4日以上
災害発生状況	
①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような物または環境で(何が原因となったか) ④どうなって(踏み外し落下した・倒れた等のような不完全な状態があったか) ⑤どこが(負傷した部位) ⑥どのような災害が発生したか(骨折・打撲・切傷等)などを記入 略図(発生時の状況を図示して下さい)	
本人以外で詳細のわかる方の連絡先 携帯番号など	
氏名	本人との関係 TEL - -

* 賃金が発生していない場合は、労災申請ができません。(自宅を新築又は修繕していた際のケガも対象外)

* 出面帳(日報・労働台帳)等の提出を請求される場合があります。

* 休業は、加療して自宅等で療養をしている期間となります。(軽微な作業・工場等に出勤した場合は休業とはなりません。)

* 労災保険の加入や適用は、労働基準監督署の指導や判断に左右される場合があります。

ご不明な点等ございましたらお問い合わせください。三重建労伊勢支部(Tel 0596-23-5535 労災担当)