

*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、組合まで提出をお願いします。

F A X : 0596-28-9031

労災事故報告書

記 入 日 令和 年 月 日

事業所名		No.
------	--	-----

災害発生日時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分
--------	--	-----

災害発生現場	工事現場名	
	現場住所	

被災者について	フリガナ		職種	
	被災者氏名			
	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	〒 - -		
	連絡先	電話番号 - - 携帯 - -		
	被災者について その他の就業先(兼業)	<input type="checkbox"/> 特別加入者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

現認者 (災害を目撃した方又は 最初に報告を受けた方)	氏名： 被災者との関係：	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 日 週間 ヶ月程度
-------	---

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)
--	--------------------

事業主及び詳細のわかる方 氏名：	TEL - -
------------------	---------

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0596-23-5535 労災担当