

*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 (交通事故)

記 入 日 令和 年 月 日

(業務災害・特支)

通勤災害・第三者行為災害の場合は別途提出書類が必要となります。

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	
行 先				
事 故 の 場 所				
工 事 名				
作 業 現 場 の 住 所				
	発 注 者	元請事業所名		

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 <small>※組合員は住所記入省略可</small>	〒 - - 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 <small>(災害を目撃した方又は最初に報告を受けた方)</small>	氏名： 被災者との関係：	職種：
第三者(事故の相手)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 有りの場合、別途提出書類が必要となります。	
警察署への届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
初診日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 事故後すぐに受診 <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 <small>受診した病院・薬局全て記入</small>		
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	
事故発生状況		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