

*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FAX又はメールで提出をお願いします。

労災事故報告書（建設現場労災）

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	
	元請事業所	

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 <small>※組合員は住所記入省略可</small>	〒 - - 携帯 - -		
	被災者について	<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"/> 下請け事業所労働者 名称： 所在地：		
	その他の就業先(兼業)	<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： 職種： 被災者との関係：
--	---------------------

初診日	令和 年 月 日 <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 <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
-------	---

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 - -
------------------	---------

提出、連絡先 TEL:0597-89-3979 FAX:0597-89-5743 MAIL:kenrou-kinan@titan.ocn.ne.jp

ご不明な点等ございましたらお問い合わせください。