

労災事故発生報告書

年 月 日提出

被災労働者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
仕事内容	電話番号			
その他雇用されている会社の有無	あり ・ なし	建設業以外の仕事の有無	あり ・ なし	
当日の業務開始時刻	午前・午後 時 分	整理番号（分かれば）		
普段の就業時刻	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 まで			
被災者住所	〒			
災害発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
報告書記入者	本人 又は（氏名： 連絡先： ）			
現認者（災害を目撃した人 又は近くにいた人又は当組合以外で災害発生を最初に報告を受けた人）	現認者名：			
	職種（会社名・役職）： 電話番号： 住所：			
災害発生状況	元請名 <small>（直接仕事を請けたところ）</small>	個人/会社名： 連絡先：		
	怪我をした住所 <small>（番地及び建物名まで）</small>			
	請け負った工事の現場住所（番地まで）			
	請け負った工事の建物名（〇〇ビル等）	請け負った工事名 <small>（新築工事、改修工事等）</small>	工事日 年 月 日	
	どんな作業中に			
	どのようにして			
	どこを負傷した			
ケガの程度	入院 あり ・ なし	休業日数： なし ・ 1～3日 ・ 4日以上		
本件事故で受診した病院 <small>（複数ある場合は余白もしくは別紙等にすべてご記入ください）</small>	病院名： 住所：〒 電話番号：	初診日：		
本件事故で利用した薬局 <small>（複数ある場合は余白もしくは別紙等にすべてご記入ください）</small>	薬局名： 住所：〒 電話番号：	利用日：		
略図（災害発生時の状況を 図示してください）				

※ 上記内容はすべてご記入ください。空欄があると書類が作成できない可能性があります