



この用紙は
HPよりダウンロード
できます

*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 : 059-351-7358

労災事故報告書

記 入 日 令和 年 月 日

(資材置場・事務・工場等労災)

70/76

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
--------	--

被災場所	
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	〒 - - 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：	職種：
	被災者との関係：	

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 checked="" 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>	

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・倒れた等ど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。三重建労四日市059-354-1531労災担当

記入例



この用紙は
HPよりダウン
ロードできます

*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 : 059-351-7358

労災事故報告書 (資材置場・事務・工場等)

記入日 令和 3 年 9 月 2 日

70/76

事業所名	〇〇工務店	No.
------	-------	-----

災害発生日時	令和 3 年 9 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 10 時 30 分
--------	---

被災場所	自社資材置き場
住所	四日市市〇〇町〇〇番地

被災者について	フリガナ	ヨカイチ ケンタロウ	職種	大工
	被災者氏名	四日市 建太郎		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇 年 〇 月 〇 日 〇 才	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被災者住所	〒 123 - 4567 ※組合員は住所記入省略可 四日市市〇〇町△△-×		
	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 checked="" type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	電話番号	- - 携帯 090 - 0000 - 0000

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： 〇〇 次郎 被災者との関係： 事業主	職種： 大工
-------------------------------	---------------------------	--------

初診日	令和 3 年 9 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 11 時 30 分頃 <input checked="" 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>	△△病院
---------------------------------------	------

傷病の部位及び状態	左肘亀裂骨折、顎裂傷
-----------	------------

休業見込み	<input type="checkbox"/> 休業なし <input type="checkbox"/> 4日未満 <input checked="" type="checkbox"/> 4日以上 日 週間 1 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

資材置き場で片付けをしている時、廃材を分別作業中、廃材を箱に入れて両手で持ち、移動しようとした時、地面に置いてあったアルミ廃材が足にからまり転倒し、地面で左肘、あごを強打し負傷した。作業をやめてすぐに病院で受診した。(特定の工事現場作業ではない。)

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： 事業主 〇〇 次郎	TEL 090 - 0000 - 0000
----------------------------	-----------------------

ご不明な点等ございましたらお問い合わせください。三重建労四日市059-354-1531労災担当