



この用紙は四日市
支部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 (交通事故)

記 入 日 令和 年 月 日

一人親方労災保険

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。

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		

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>※組合員は登録住所に変更なければ 記入省略可</small>	〒 - -		
		電話番号	- -	携帯 - -
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：
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)

本人以外で詳細のわかる方 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TEL059-354-1531労災担当

記載例



この用紙は
HPよりダウンロード
できます

FAX: 059-351-7358

*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。

記入日 令和〇年〇月〇日

労災事故報告書（交通事故）

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。

No.

災害発生日時	令和〇年〇月〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 7時50分
行先	自宅から工事現場に行く途中、工事現場から工事現場への移動、・・・など
事故の場所	〇〇市〇〇町〇〇番地 県道〇号線 路上
工事名	建労太郎邸新築工事
作業現場の住所	四日市市ときわ5-1-8

被災者に ついて は	フリガナ	ヨツカイチ 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 〇〇年〇月〇日 〇〇才	性別	<input checked="" 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>	〒 *** - **** 〇〇市〇〇町12-345		
	電話番号	- - 携帯 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
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: 四日市 花子 職種:
	被災者との関係: 妻(第一報告者)
第三者(事故の相手)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
初診日	令和〇年〇月〇日 <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 8時40分頃 <input checked="" 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>	〇〇整形外科
傷病の部位及び状態	頸椎捻挫、頭部裂傷
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 2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)
自宅から、四日市市ときわ5-1-8 建労太郎邸新築工事現場へ向かっていた。被災当日は、雨が降っていて〇〇市〇〇町〇〇番地 県道〇号線 路上でスリップし対向車線側の電柱へ衝突した。衝撃で頭部をガラスで強打し、頸部にも痛みを感じた。直ちに、警察署と自宅に連絡するとともに、現場近くの〇〇整形外科で受診した。	
本人以外で詳細のわかる方 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