

労災事故発生報告書

年 月 日

氏名		会員番号	
生年月日	年 月 日	電話番号	
職種			
住所	〒		
被災日時	令和 年 月 日	午前・午後	時 分頃
現認者 (災害を目撃した人 又は近くにいた人 又は災害発生を最初 に報告を受けた人)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (氏名：) 役職：) 会社名： 関係 <input type="checkbox"/> 元請建設会社 <input type="checkbox"/> 施主 <input type="checkbox"/> 同業者 <input type="checkbox"/> 他 連絡先：		
建設工事名称			
建設工事住所			
発生状況	1, どのような場所で 工事現場以外の場合は、住所を記入して下さい		
	2, どのような作業をしているとき		
	3, どのようにして		
	4, どこを負傷したのか ケガの部位 (左手小指など) をご記入ください		
事故の原因	<input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 故意 <input type="checkbox"/> 不慣れ <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 考え事 <input type="checkbox"/> 急いでいた <input type="checkbox"/> 他 ()		
負傷の程度	<input type="checkbox"/> 通院： () 日程度 <input type="checkbox"/> 入院： () 日程度 <input type="checkbox"/> 自宅療養： () 日程度 <input type="checkbox"/> 不明		
受診病院名	病院名： 住所： 電話番号：		
受診薬局名	薬局名： 住所： 電話番号：		

一人親方あんしん労災事務局

東京都千代田区麹町4-8 麹町クリスタルシティ東館11階

電話番号：0120-305-961 FAX：03-4330-6190