

労働者災害補償保険 災害報告書

労働保険番号 () 国保被保険者番号 () () 支部

被災労働者の の	フリガナ		性別	雇入年月日	年	月	日	経歴 年数	年	
	氏 名		男・女	負傷年月日	年	月	日	前 後	時 分	
	生年月日 (和暦)	() 歳								
	フリガナ			現認者の	職種					
	住 所	〒			氏名					
	職 種		TEL		所 定 労 働 時 間		: ~ :			
被災労働者は		(常用・日雇・特別加入者) いずれかに○		であり	複数事業労働者 (※別の会社に従業員として 雇用されている) で				(ない・ある) どちらかに○	
現場 の	工事名				負傷時にいた場 所 (所在地と同じ場合 は右欄の「左記所在 地」に○・それ以外 の場合は一に記入)	左記所在地				
	所在地					左記以外の場合所在地を記入				
元請事業所 (継続事業の場合、 直接雇用されている 事業所)		名称								
		所在地	〒							
		TEL								
		事業主 氏名								
被災労働者が直接雇 用されている事業所 (元請と同じ場合は 名称欄に同上と記 入)		名称								
		所在地	〒							
		TEL					左記事業所の使 用労働者数	人		
		事業主 氏名								
施主の		住所	〒							
		氏名								
負 傷 の 原 因 と 状 況	(あ) どのような場所で (い) どのような作業をしているとき (う) どのような物又は環境に (え) どのような不安全又は有害 な状態があって (お) どのような負傷・疾病が発生したか (か) 事故発生後、ただちに病院へ行かなかった場合その理由									
					事故当時の状況図					
初診日		受診した医療機関 (薬局含む)	名称	(労災指定医・指定外)						
			住所							
年 月 日			名称	(労災指定医・指定外)						
			住所							
傷病名										
休業見込み日数					賃金の締日と払日		日〆 日払			
4日以上休業を		する ・ しない (どちらかに○を付ける)								