

労災事故報告書（一人親方労災組合）

| | | | |
|--------------------|---|------|-------|
| 発生年月日 | 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 | | |
| 被災者情報 | フリガナ | | |
| | 氏 名 | 男 女 | |
| | 生年月日 | 年齢 歳 | |
| | フリガナ | | |
| | 現 住 所 | | |
| | 職 種 | | |
| 病院名 | | | 薬局名 |
| 病院所在地 | | | 薬局所在地 |
| 病院/薬局での 支払い状況 | 一旦全額負担した or 支払いしていない or 健康保険つかった | | |
| 傷病の程度 | | | |
| 休業見込み期間 | 日程度の休業予想 | | |
| 元請会社名 | | | |
| 工 事 名 | | | |
| 工 期 | 年 月 日～ 年 月 日まで | | |
| 災害発生状況 及び原因 | <p>① どこで、② どういう作業をしている時、③ どういう状況で（どんな道具・器具を使用している時）、④ どういう災害が発生したか、を詳細に記入して下さい。</p> | | |
| 事故の現認者 | 職 名 | | |
| | 氏 名 | | |

※↑現認者がいない場合は、報告を受けた者の職名・氏名を記入して下さい。