

労災事務センター 労災事故報告書

建設工事中、建設工事に付随する労災事故やケガについて労災保険を使用する場合は、この報告書のすべてを記入して被災日から4日以内にFAX送信してください。提出が遅れた場合、労災給付が受けられないことがあります。

建設工事名称	
建設工事住所	
元請建設会社	
元請建設会社	担当者名 _____ 日中つながる電話番号 (_____)
氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現住所等 連絡先	〒 _____ 都道府県 _____ _____ 日中つながる電話番号 (_____)
被災日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
事故報告者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ほか (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"/> ほか 日中つながる電話番号 (_____)
現認者	<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"/> ほか 日中つながる電話番号 (_____) ※ 現認者がいない場合は、最初に報告をした人をご記入ください。
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 <input type="checkbox"/> 工事現場 <input type="checkbox"/> 加工場 <input type="checkbox"/> ほか (_____)
	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
	⑤負傷後の行動 <input type="checkbox"/> 仕事を途中でやめて受診した <input type="checkbox"/> 仕事を最後までした後に当日受診した <input type="checkbox"/> 翌日受診した <input type="checkbox"/> ほか (_____)
事故の原因	<input type="checkbox"/> 故意 <input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 心配ごとがあった <input type="checkbox"/> 急いでいた <input type="checkbox"/> ほか (_____)
再発防止	再発防止はしましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※ はいを選んだ場合、再発防止の方法をご記入ください 再発防止の方法 (_____)
負傷の程度	<input type="checkbox"/> 通院のみ <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	電話番号 (_____)
転院の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 転院先病院名 _____ 電話番号 (_____)

ご記入後、すぐにFAX0120-931-486してください