

# 労 災 事 故 報 告 書

※下欄にご記入の上でお電話ください。または郵送・FAXでお送りください。

(ふりがな) 被災者の氏名		性 別	男 ・ 女		
		生年月日	昭和・平成	年	月 日
住 所	〒		電話番号		
職 種			経験年数	年	
災害発生日時	年	月	日	午前・午後	時 分頃
災害発生場所	名称:		住所:		
災害発生確認者	職名:		氏名:		
発 生 状 況	※高さ・幅・重さ等、具体的にお書きください。 1.どのような場所で  2.どのような作業をしているときに  3.どのような物または環境に  4.どのような不安全な状態があつて  5.どのような災害が発生したか				
傷 病	傷病の部位: 傷病名:				
病 院	病院名: 住所: 病院に行った日時:    年    月    日 午前・午後    時    分頃 当日行かなかった場合は、その理由: 病院の変更の有無: 有 ・ 無 変更理由: 変更後の病院名: 変更後の病院住所:				
調剤薬局	調剤薬局利用の有無: 有 ・ 無				
休業期間・日数	月	日	～	月	日 (    日間)

切り取り線



**一人親方労災保険協会 事務局**

〒760-0080 香川県高松市木太町 3803-1  
TEL: 0120-133-631 FAX: 050-3153-7713