

年 月 日

FAX 019-622-1056 社会保険労務士法人 勝又・高橋・吉田 事務所 行

労災事故報告書

事業所名 _____

報告書記入者 _____

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 _____ 性別 _____
	氏 名 _____ 男・女 _____
	生 年 月 日 _____ 年 月 日
	フリガナ _____
	現 住 所 _____ TEL(必須) _____
	職 種 _____
受 診 機 関 (病院名・薬局名)	名 称 _____
	所 在 地 _____
	受 診 した 日 _____ 年 月 日 _____ 年 月 日
傷 病 の 程 度 (部位及び状態)	休業見込み期間 _____ 程度 _____
被 災 発 生 状 況 及 び 原 因	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どのような不安全な状況があつて ④どのような災害が発生したか を詳細に記入してください。
事 故 の 現 認 者 職 氏 名	職 名 _____
	氏 名 _____

※現認者がいない場合は報告を受けた方の職氏名を記入してください。

※病院を変更した場合にも届け出が必要になりますので、その際は速やかにご連絡ください。