

**FAX 058-253-8305** (計2枚FAXください)

(24時間365日受付)

**労災事故発生状況報告書 (当組合指定様式)**

※ 労災が発生した場合、この報告書(計2枚)を記載して速やかに当組合に提出してください。

電話での受付は行っておりません。

整理番号

## ■負傷者

氏名			
住所			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	電話番号	

## ■労災発生状況

発生日時	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分頃
4日以上の休業予定の有無	有 ・ 無
労災事故を目撃した人	氏名： 役職：
	所属会社名：
目撃した人がいない場合 (元請会社の責任者)	氏名： 役職：
	所属会社名：
発生状況	①どのような場所で
	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(部位)負傷したのか

**FAX 058-253-8305** (計2枚FAXください)

(24時間365日受付)

## ■工事請負関係

※請負契約を締結した工事現場の作業及び直接附帯する行為が労災の保険給付の対象です。

元請会社	会社名(屋号)	
	住 所	

※元請会社とは、施主と直接契約を締結した会社

工事代金請求先	会社名(屋号)	
	住 所	
工事の名称		
工事現場住所		

※工事の注文書・発注書・工事請負契約書等の提出をお願いする場合があります。

## ■医療機関

最初に 受診した病院	受 診 日	令和 年 月 日 ( )
	病 院 名	
	住 所	
	薬 局	病院内 ・ 病院外

(変更した場合)

変更後 受診した病院	受 診 日	令和 年 月 日 ( )
	病 院 名	
	住 所	
	薬 局	病院内 ・ 病院外
	変更理由	

〒501-0119 岐阜市大菅南9-20

一人親方労災加入組合

TEL 058-253-8651

## 《記入例 1枚目》

## 労災事故発生状況報告書（当組合指定様式）

整理番号

568

## ■負傷者

氏名	佐藤 大介		
住所	愛知県一宮市開明字北屋敷100		
生年月日	昭和・平成26年 5月23日生	電話番号	0568-123-4567

## ■労災発生状況

発生日時	令和 2年 11月 5日（木曜日）午前・午後 10時 00分頃		
4日以上の休業予定の有無	有 ・ 無		
労災事故を目撃した人	氏名： 山本 太郎	役職： 同業者	
	所属会社名： 山本組		
目撃した人がいない場合 （元請会社の責任者）	氏名： 鈴木 宏	役職： 代表取締役	
	所属会社名： (株)鈴木建設		
発生状況	①どのような場所で ・ 新築工事現場の足場の上で（高さ3m）		
	②どのような作業をしているとき ・ 金属製の破風を取り付けていた時		
	③どのようにして ・ 足場の板が割れバランスを崩し落下した		
	④どこを(部位)負傷したのか ・ 左手を骨折		

# ≪ 記入例 2枚目 ≫

## ■工事請負関係

※請負契約を締結した工事現場の作業及び直接附帯する行為が労災の保険給付の対象です。

元請会社	会社名(屋号)	清水建設(株) 名古屋支店
	住 所	名古屋市中区新栄町100

※元請会社とは、施主と直接契約を締結した会社

工事代金請求先	会社名(屋号)	(株)鈴木建設
	住 所	岐阜市藪田南1-1-3
工事の名称	服部様邸新築工事	
工事現場住所	岐阜市大菅北5-10	

※工事の注文書・発注書・工事請負契約書等の提出をお願いする場合があります。

## ■医療機関

最初に 受診した病院	受 診 日	令和 2 年 11 月 5 日 ( 木 )
	病 院 名	上城クリニック
	住 所	岐阜市鏡島1丁目2番地
	薬 局	病院内 ・ <b>病院外</b> ( クスリのアオキ )

(変更した場合)

変更後 受診した病院	受 診 日	令和 2 年 11 月 9 日 ( 月 )
	病 院 名	開明整形外科
	住 所	一宮市開明字南瀬古10-5
	薬 局	<b>病院内</b> ・ 病院外 ( )
	変更理由	通院のため自宅近くの病院へ転院

〒501-0119 岐阜市大菅南9-20

一人親方労災加入組合

TEL 058-253-8651