

労働災害事故報告書

一般社団法人 全国建設業労災互助会 御中

下記被災者の労働災害事故が発生
しましたので報告致します。

【会員】 □□□-□□□□

住 所

氏 名

又は

名 称

㊞

TEL ()

平成 年 月 日

被災者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (才)
被災者の住所・職種						職 種
被災者の所属	常用・臨時・下請 (所属企業名:)・一人親方					
災害発生日時	平成	年	月	日	午前・午後	時 分 ころ
災害発生の場所						
請求の種類	① 労災死亡給付金(含む災害付帯費用) ② 労災障害給付金(含む災害付帯費用) ③ 入院見舞金 ④ 休業補償					
事故の状況					
					
					
傷害の場合	(イ) 傷害の内容・部位					
					
	(ロ) 治療見込み年月					
	平成 年 月 ころ					
	(ハ) 後遺傷害が残る場合はその見込障害等級					
	級					
通報者 (役職名・氏名)						