

労 災 事 故 報 告 書

(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)			

※郵送またはFAXでお送りください。不明な点については、再度こちらからご連絡させていただきます。



一人親方労災保険協会 事務局

〒760-0077 香川県高松市上福岡町 984-1
 TEL: 0120-133-631 FAX: 050-3153-7713