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って 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

切り取り線

2024.2.1）