

労 災 事 故 報 告 書

※下欄にご記入の上、メール・FAXでお送りください。

年 月 日提出

(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
被災者の住所	〒		電話番号	
職 種		建設業以外の仕事の有無	あり ・ なし	
災害発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
災害発生場所 工事名称	〇〇邸〇〇	住所	〒	
災害発生 確認者 職名		災害確認 者氏名		
請負契約工期		請負金額		
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. どのような工事のための、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(症状)：			
受診病院名		受診日時	月 日 時 分頃	
病院住所	〒			
当日病院受診しなかつた場合の理由				
病院を変更した場合の理由				
変更後の病院名				
変更後の病院 住所・連絡先	〒			
調剤薬局利用	無 ・ 有	調剤薬局名		
休業期間・日数	月 日 ～ 月 日 (日間)		入院	あり ・ なし

切り取り線



一人親方労災保険協会 事務局

760-0080 香川県高松市木太町 3803-1

FAX :050-3153-7713

Mail :oyakata@kskc.or.jp

(2026.7.21)