

見本

労災事故報告書 一人親方

して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

負傷者	フリガナ 氏名	ヤマシロ ケンゾウ 建升 建造	性別 (男) (女)	生年月日	(昭和) (平成)	1年10月5日生
	住所	(〒460-0011) 電話 090 (1234) 5678 名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox 3階				
	職種	(大工) (内装工) (土木工) (設備工) (その他) ()				
	支部	名古屋西	整理番号	1 2 3 4	給付基礎日額	6,000 円
負傷場所	場所	(工事現場) (作業場) () (その他) () <small>どなたの作業場ですか？</small>				
	住所	名古屋市中区栄1丁目10の100				
携わっていた工事	▲ 作業場等で負傷した場合も必要となりますので必ず記入して下さい（道具のメンテナンスをしていた → その道具を使う現場）					
	施主名	田中 太郎	工事名	(新築) (改造) (その他) ()		
	工事現場住所	名古屋市中村区名駅1丁目10の100				
現認者	事故があったことを知っている同業者の方の氏名 山田 一郎		▲ 必ず親族以外の同業者のお名前を漢字フルネームで記入して下さい			

発生状況	事故発生日時	令和4年5月20日 (午前) 10時0分 (午後)	未定の場合は見込み 4日以上休業 (無) (有) 30日		
	作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい (どこで) (なんの作業) (どんな体勢) 田中邸住宅新築工事現場にて、天井部分の木材をエアードリル機を使用して留めようと (怪我に関係する道具は重さなども記入) (どのように怪我した) 脚立（高さ約2m）に乗って作業していたところ、誤ってバランスを崩して脚立から転落。 (どここの部位) 着地の衝撃で右足親指を痛め、様子を見ていたが、2日経っても痛みが引かないため (いつ受診したか) 5月22日に病院を受診した。				
	病院	病院名	愛知建連総合病院	病院の住所	名古屋市中区面取1-10
		初診日時	5月22日9時頃	当日受診の場合	仕事を中断した (はい) (いいえ)
病院 (2件目がある場合)	病院名	建連クリニック	病院の住所	名古屋市中区墨付5-5	
	受診日時	5月25日9時頃	転院理由	(病院の紹介) (その他) ()	
上記内容の問合せ先 携帯番号		090 (1234) 5678	日中に連絡の取れる連絡先		

本部
記入欄5号 6号 7号() 8号 支払賃金
現認証明 死傷病 その他()

愛知県建設組合連合

TEL: 052-228-9925 FAX: 052-251-8866

〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox 3階

労災事故報告書 一人親方

見本を参考に記入して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

負傷者	フリガナ		(男)	生年月日	(昭和)	年	月	日生
	氏名		(女)		(平成)			
	住所	(〒)			電話	()		
	職種	<input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 内装工 <input type="checkbox"/> 土木工 <input type="checkbox"/> 設備工 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	支部		整理番号		給付基礎日額			円
負傷場所	場所	<small>どなたの作業場ですか？</small> <input type="checkbox"/> 工事現場 <input type="checkbox"/> 作業場 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
	住所							
携わっていた工事	▲ 作業場等で負傷した場合も必要となりますので必ず記入して下さい（道具のメンテナンスをしていた → その道具を使う現場）							
	施主名		工事名	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 改造 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	工事現場住所							
現認者	事故があったことを知っている同業者の方の氏名 ▲ 必ず親族以外の同業者のお名前を漢字フルネームで記入して下さい							

発生状況	事故発生日時	令和	年	月	日	(午前)	時	分	4日以上休業	(無)	(有)	日
	<small>未定の場合は見込み</small> 作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい											
病院	病院名											
	初診日時	月	日	時頃	当日受診の場合	仕事を中断した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
病院 <small>(2件目がある場合)</small>	病院名											
	受診日時	月	日	時頃	転院理由	<input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()						
上記内容の問合せ先 携帯番号 ()												

本部 記入欄	5号 6号 7号() 8号 支払賃金 現認証明 死傷病 その他()
-----------	--

見本

労災事故報告書 中小事業主

して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

負傷者	フリガナ 氏名	ヤマノ ケンゾウ	性別	男	生年月日	昭和 1 年 10 月 5 日生 平成
	住所	(〒 460-0011) 名古屋市中区大須三丁目 10 番 35 号 MultinaBox 3 階	電話	090 (1234) 5678		
	職種	大工 (内装工) (土木工) (設備工) (その他) ()				
負傷場所	支部	名古屋西	整理番号	1 2 3 4	給付基礎日額	6,000 円
	場所	どなたの作業場ですか? 工事現場 (作業場) (その他) ()				
携わっていた工事	住所	名古屋市中区栄 1 丁目 10 の 100				
	施主名	田中 太郎	工事名	新築 (改造) (その他) ()		
現認者	工事現場住所	名古屋市中村区名駅 1 丁目 10 の 100				
事故があったことを知っている従業員の氏名		山田 一郎				
		必ず親族以外の従業員のお名前を漢字フルネームで記入して下さい				

発生状況	事故発生日時	令和 4 年 5 月 20 日	午前 (午後)	10 時 0 分	4日以上の休業	未定の場合は見込み (無) (有) 30 日
	作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい					
	どこで (なんの作業) (どんな体勢) 田中邸住宅新築工事現場にて、天井部分の木材をエアードリル機を使用して留めようと 怪我に関するものは重さなども記入 (どのように怪我した) 脚立 (高さ約2m) に乗って作業していたところ、誤ってバランスを崩して脚立から転落。 どこの部位 着地の衝撃で右足親指を痛め、様子を見ていたが、2日経っても痛みが引かないため いつ受診したか 5月22日に病院を受診した。					
病院	病院名	愛知建連総合病院	病院の住所	名古屋市中区面取 1 - 10		
	初診日時	5 月 22 日 9 時頃	当日受診の場合	仕事を中断した (はい) (いいえ)		
病院 (2件目がある場合)	病院名	建連クリニック	病院の住所	名古屋市中区墨付 5 - 5		
	受診日時	5 月 25 日 9 時頃	転院理由	病院の紹介 (その他) ()		
上記内容の問合せ先 携帯番号		090 (1234) 5678				
本部 記入欄		5号 6号 7号() 8号 支払賃金 現認証明 死傷病 その他() 日中に連絡の取れる連絡先				

愛知県建設組合連合

TEL: 052-228-9925 FAX: 052-251-8866

〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox 3 階

労災事故報告書 中小事業主

見本を参考に記入して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

負傷者	フリガナ		(男)	生年月日	(昭和)	年	月	日生
	氏名		(女)		(平成)			
	住所	(〒)			電話	()		
	職種	<input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 内装工 <input type="checkbox"/> 土木工 <input type="checkbox"/> 設備工 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	支部		整理番号			給付基礎日額		円
負傷場所	場所	どのたの作業場ですか？ <input type="checkbox"/> 工事現場 <input type="checkbox"/> 作業場 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
	住所							
携わっていた工事	▲ 作業場等で負傷した場合も必要となりますので必ず記入して下さい（道具のメンテナンスをしていた → その道具を使う現場）							
	施主名		工事名	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 改造 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	工事現場住所							
現認者	事故があったことを知っている従業員の氏名 <div style="text-align: right;">▲ 必ず親族以外の従業員のお名前を漢字フルネームで記入して下さい</div>							

発生状況	事故発生日時	令和	年	月	日	(午前)	時	分	4日以上休業	未定の場合は見込み (無) (有)	日	
	作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい <hr/> <hr/> <hr/>											
病院	病院名											
	初診日時	月	日	時頃	当日受診の場合	仕事を中断した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
病院 (2件目がある場合)	病院名											
	受診日時	月	日	時頃	転院理由	<input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()						
上記内容の問合せ先 携帯番号 ()												

本部 記入欄	5号 6号 7号() 8号 支払賃金 現認証明 死傷病 その他()
-----------	--

見本

労災事故報告書

元請の従業員

して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

元請	労災保険番号	23101936305-999	事業所名	株式会社建築
	事業主	佐藤光司	電話番号	052-123-4567
負傷者	フリガナ	ヤマシ ケンゾウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	氏名	建升 建造	生年月日	昭和 1 年 1 月 1 日生 平成
	住所	(〒 460-0011) 名古屋市中区大須三丁目 10 番 35 号 MultinaBox 3 階	電話	090 (1234) 5678
負傷場所	職種	<input checked="" type="radio"/> 大工 <input type="radio"/> 内装工 <input type="radio"/> 土木工 <input type="radio"/> 設備工 <input type="radio"/> その他 ()		
	場所	どなたの作業場ですか？ <input checked="" type="radio"/> 工事現場 <input type="radio"/> 作業場 () <input type="radio"/> その他 ()		
携わっていた工事	住所	名古屋市中区栄 1 丁目 10 の 100		
	▲ 作業場等で負傷した場合も必要となりますので必ず記入して下さい（道具のメンテナンスをしていた → その道具を使う現場）	施工名	<input checked="" type="radio"/> 新築 <input type="radio"/> 改造 <input type="radio"/> その他 ()	
現認者	施工主名	田中 太郎	工事現場住所 名古屋市中村区名駅 10 丁目 9 の 8	
	事業主または代表取締役の氏名	山田 一郎	▲ 必ず代表者のお名前を漢字フルネームで記入して下さい	

発生状況	事故発生日時	令和 4 年 1 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 9 時 0 分	未定の場合は見込み	4日以上の休業 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 30 日
	作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい	どこで <input checked="" type="radio"/> 田中邸住宅新築工事現場にて、天井部分の木材をエアードリルを使用して留めようと 怪我に関係するものは重さなども記入 <input checked="" type="radio"/> どのように怪我した <input checked="" type="radio"/> 脚立（高さ約2m）に乗って作業していたところ、誤ってバランスを崩して脚立から転落。 どここの部位 <input checked="" type="radio"/> 着地の衝撃で右足親指を痛め、様子を見ていたが、3日経っても痛みが引かないため いつ受診したか <input checked="" type="radio"/> 1月4日に病院を受診した。		
病院	病院名	愛知建連総合病院	病院の住所	名古屋市中区面取 1 - 10
	初診日時	5 月 22 日 9 時頃	当日受診の場合	仕事を中断した <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
病院 (2件目がある場合)	病院名	建連クリニック	病院の住所	名古屋市中区墨付 5 - 5
	受診日時	5 月 25 日 9 時頃	転院理由	<input checked="" type="radio"/> 病院の紹介 <input type="radio"/> その他 ()
上記内容の問合せ先 携帯番号 <input checked="" type="checkbox"/> 090 (1234) 5678 <input type="checkbox"/> 日中に連絡の取れる連絡先				

本部
記入欄5号 6号 7号() 8号 支払賃金
現認証明 死傷病 その他()

愛知県建設組合連合

TEL: 052-228-9925 FAX: 052-251-8866

〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox 3 階

労災事故報告書 元請の従業員

見本を参考に記入して組合本部へFAXもしくは郵送してください（送付先は下部に記載）

元請	労災保険番号 23101930	5-	事業所名
	事業主	電話番号	
負傷者	フリガナ	(男)	生年月日 (昭和) 年 月 日生
	氏名	(女)	生年月日 (平成) 年 月 日生
	住所 (〒)	電話 ()	
	職種	<input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 内装工 <input type="checkbox"/> 土木工 <input type="checkbox"/> 設備工 <input type="checkbox"/> その他 ()	
負傷場所	場所	どの作業場ですか？ <input type="checkbox"/> 工事現場 <input type="checkbox"/> 作業場 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所		
携わっていた工事	▲ 作業場等で負傷した場合も必要となりますので必ず記入して下さい（道具のメンテナンスをしていた → その道具を使う現場）		
	施主名	工事名 <input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 改造 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	工事現場住所		
現認者	事業主または代表取締役の氏名 ▲ 必ず代表者のお名前を漢字フルネームで記入して下さい		

発生状況	事故発生日時 令和 年 月 日 (午前) 時 分 (午後)	4日以上の休業 <small>未定の場合は見込み</small> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日
	作業内容、場所、被災状況、道具や材料の詳細、負傷箇所を詳しく記入して下さい _____ _____ _____	
病院	病院名	病院の住所
	初診日時 月 日 時頃	当日受診の場合 仕事を中断した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
病院 <small>(2件目がある場合)</small>	病院名	病院の住所
	受診日時 月 日 時頃	転院理由 <input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記内容の問合せ先 携帯番号 ()		

本部 記入欄	5号 6号 7号() 8号 支払賃金 現認証明 死傷病 その他()
-----------	--

愛知県建設組合連合
 TEL: 052-228-9925 FAX: 052-251-8866
 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目10番35号 MultinaBox 3階