

一人親方労災事故発生報告書

※労働時間中に事故やケガが発生した場合、事故やケガの大小にかかわらず太線の内側を記載して速やかに当会に提出してください。この報告書の提出が遅れると、治療費や休業補償の対応に遅れが出ることとなります。

平成 年 月 日提出

氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生	発生日時	平成 年 月 日 時 分頃
事故現場所在地			
所属及び職種			
労働者の住所等	〒・住所 電話番号 加入年月日 昭和・平成 年 月 日加入		
事故報告者	本人又は（氏名： 役職： ）		
現認者	なし（報告を最初に受けた人の氏名： 役職： ） あり（氏名： 役職： 会社名： ）		
発生状況	①どのような場所で		
	②どのような作業をしているとき		
	③どのようにして		
	④どこを負傷したのか		
事故の原因	故意・不注意・勘違い・不慣れなため・体調不良・睡眠不足・心配事・急いでいたため その他（ ）		
再発防止の措置	なし・あり（ ）		
けがした部位			
けがの程度	通院 日程度 ・ 入院 日程度 ・ 自宅療養 日程度 ・ 不明		
受診した病院			
病院の支払方法	健康保険使用 ・ 労災適用 ・ 全額自費 ・ 他（ ）		
病院の支払金額	円（健康保険又は自費の場合）		

：現認者＝労災事故を目撃した人又は元請会社の責任者又は最初に報告を受けた人です。なしの場合も必ず必要となりますので分からない場合は当会までお電話下さい。

東京労災一人親方部会 TEL：0422-27-5235 FAX：0422-27-5230

: なるべく事故の状況が分かるように詳しく書いてください。スペースが足りない場合は、適宜別紙等にご書いてください。

どのような状態でケガしたのか分かるような図を描いてください。

ケガをした状況を写真で撮っていただいてもOKです。(デジカメで撮っていただく書類作成が早くなります。

(この図を参考にして、書類を記載しますのでなるべく詳しく、説明文書も書いてください)