

労災事故発生報告書

平成 年 月 日提出

被災労働者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
仕事内容		電話番号	
F A X		メールアドレス	
現在の仕事の経験年数	年 ヶ月	整理番号（組合員証に記載）	
住所	〒		
災害発生日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故報告者	本人又は（氏名： 連絡先： ）		
現認者（災害を目撃した人又は近くにいた人又は災害発生を最初に報告を受けた人）	なし あり	現認者名： 会社名： 連絡先：	
災害発生状況	どんな場所（災害発生場所所在地）		
	どういう作業をしているとき		
	どのようにして		
	どこを負傷した		
災害発生の原因	不注意 ・ 故意 ・ 勘違い ・ 不慣れ ・ 体調不良 ・ 睡眠不足 ・ 考え事 その他（ ）		
ケガの程度	通院 日程度 ・ 入院 日程度 ・ 自宅療養 日程度 ・ 不明		
初診日	平成 年 月 日		
受診した病院	病院名： 郵便番号： 住所： 電話番号：		
受診した薬局	薬局名： 郵便番号： 住所： 電話番号：		
略図（災害発生時の状況を図示してください）			

※ 利用する病院・薬局を変更する（した）場合は、別紙にて病院名、住所、連絡先をお知らせください。