

労災事故状況について

労働保険番号（告知番号）

ふりがな

労働者氏名 _____

住 所 〒 _____

職 種 _____

TEL・FAX _____

生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日

災害発生日時 令和 年 月 日 午前・後 時 分頃

災害発生現場名 _____

現 場 住 所 _____

傷 病 名 _____ 傷病部位 _____

休業見込日数 _____ 月・週・日 _____

近くで見ていた人の 職名 _____ 氏名 _____

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に③どのような物又は環境で
④どのような不安全な又は有害な状態があつて⑤どのような災害が発生したのか）

病 院 名 _____

住 所 〒 _____

電 話 番 号 _____

薬 局 名 _____

住 所 〒 _____

電 話 番 号 _____