

一人親方特別加入 労災事故報告書

記入日 令和 年 月 日 記入者

(本人または代理報告者)

氏名		生年月日〔 〕 会員番号〔 〕
住所		日中連絡のつく電話番号〔 〕
負傷したときの状況を ご記入ください	事故発生日時	令和 年 月 日 (午前・午後) 時 分頃
	事故発生場所	名称・住所
	工事名	
	事故の内容	① どのような場所で、どのような作業をしている時ですか
		② どのような状況で負傷されましたか
事故の確認者 原則として 現場責任者の方	③ 負傷された部位と症状	
治療を受けた医療機関 <small>今回のお怪我で治療を受けた医療機関を全て記入ください。</small>		休業補償を申請される場合には、こちらに記入された方に現認証明書に署名をいただくことになります。 名称 住所 〒 電話 初診日 (月 日) 事故発生日と異なる場合の理由：
投薬を受けた薬局 <small>今回のお怪我で投薬を受けた薬局を全て記入ください。</small>		名称 住所 〒 電話
休業の予定		<input type="checkbox"/> 休業しない <small>休業補償は療養のために全く就労できなかった(無給)期間が対象です。</small> <input type="checkbox"/> 休業する → 日間くらいの見込み
複数事業労働の確認		一人親方以外の就業先 <input type="checkbox"/> 有→労災加入状況について追ってお問合せさせていただきます <input type="checkbox"/> 無

★ 労災申請に際し、あらためてご本人確認書類をいただいております。

運転免許証や在留カード等の公的機関発行の本人確認書類のコピー(画像)等のご送付をお願いいたします。

ご記入のうえFAXでご送付をお願いいたします。(原本の郵送は不要です。FAXで送付できない場合にはMAIL、郵送等でも結構です。)

一般社団法人 経営労務建設業共済会

FAX: 048(793)4350

E-mail: info@hitorioyakata-rosai.com

〒344-0038 埼玉県春日部市大沼2丁目62番地20