

《お仕事中にケガをしたときは》

<p>① 早急に病院へ行き労災事故であることを伝えて治療を受けてください。病院は労災指定病院をお勧めします。労災の手続きは全て医師の証明が必要です。</p>	<p>② 事故速報 ○ ○ 郵新 築工事で 速やかに当協会に下記の事故速報をFAXしてください。事故発生日時・場所、請負工事の名称・所在地、災害の発生状況などを正確にお知らせください。</p>	<p>③ 5号用紙 本人の印 お知らせ頂いた内容をもとに書類を作成しお送りしますので内容をご確認ください。捺印して病院に提出し、医師の指示のもとに治療を受けてください。</p>
--	---	---

- ◆ケガの内容や発生状況によっては、労災保険の給付請求が認められないことがあります。
- ◆労災保険の給付の認定は、すべて、国の機関である**労働基準監督署**が行います。
- ◆腰痛災害などは、災害発生状況申立書などの書類に、災害原因を詳しくご記入して頂く必要があります。

事 故 速 報

年 月 日

※のところは選んで○を付けてください。1～10を全て詳しくご記入の上、当協会までFAXしてください。

1. 被災者	氏名 様 職種	整理番号	
	住所 〒 -		
	自宅電話 - -	携帯電話 - -	
2. 事故発生日	年 月 日	午前・午後	時 分 頃
3. 請負工事 ①～④必須	①※事故発生場所… ㊦ 工事現場 ㊩ 自宅作業場 ㊪ 元請作業場 ㊫ その他 () ②上記で ㊩ ㊪ ㊫ の場合、その所在地 ③請負工事名 ※新築・増築・改築 内装・改装・解体 工事 その他 () ④請負工事所在地		
①で ㊩ ㊪ ㊫ の場合でも、必ずその作業の請負工事現場が必要です。請負工事現場がない作業は補償対象外となります。			
4. 災害の発生状況	①どこで、どのような作業をしている時でしたか ②どのような状況で事故になりましたか ③どこを負傷しましたか ④病院にはいつ行きましたか 年 月 日 (初診日) 病院名: (住所:) ⑤ ④の病院から転院しましたか 年 月 日 (転院日) 病院名: (住所:) ※「仕事中的事故」と病院に (伝えた・伝えていない)		
5. 休業 (4日以上) の見込み	※ あり・なし・わからない (注)休業補償給付は全部労働不能であることが支給条件です		
6. 事故発生日から遡って3か月以内に労働者 (従業員) として働いたことが	※ ない・ある (注)アルバイト含む		
7. 労災保険特別加入を2つ以上加入	※ していない・している		
8. 労災事故を証明できる方 <small>労災事故の証明をお願いする場合があります</small>	様 <small>(親族以外の方を漢字フルネームで)</small>	※その方は…… 施主・元請事業主・現場監督 同業者 () 工)・その他 ()	
9. 書類送付先 (自宅以外をご希望の場合は記入してください。)			
〒 -			
宛先		連絡先 TEL - -	

◎今回の事故は、一人親方として請負工事中的の事故であり、上記報告内容に間違いありません。

10. 報告者氏名 (ご署名ください)	様	※ご本人・奥様・その他家族 () 元請先・その他 ()
------------------------	---	----------------------------------

◆当協会は、事故速報が届きましたら、必ずお電話を致します。3営業日以内に当協会から電話がない場合は、恐れ入りますが、お問い合わせください。

一般社団法人
愛知県建設産業協会
 あいけん

一人親方事業者団体
愛知県建設厚生協会
 〒466-0044 名古屋市昭和区桜山町 3-51-2
 TEL 052-853-1410 FAX 052-841-4591