

事故速報


※のところは選んで○を付けて下さい。詳しくご記入の上、当協会までFAXして下さい。

1. 事業所名		ご連絡先 TEL				コードNo. (4桁)
2 被 災 者	刀がナ 氏名	性別 様	※男・女	生年月日	※昭和・平成 年 月 日 (事故当時 歳)	職種 (経験 年 ヶ月)
	住所 〒		自宅電話		-	
			携帯電話		-	
	※被災者は… ①特別加入者 ②自社の労働者 ③下請会社の労働者 (下記にも記入してください)					
	③のとき、 下請会社 について	刀がナ 会社名	代表者名			
	所在地	TEL				-
事故発生日から遡って4ヶ月以内に他の事業所で労働者として働いたことが			※ない・ある (注)アルバイト含む			
他の事業所で労災保険特別加入をしている			※していない・している			
3. 事故発生日		年	月	日	午前・午後	時 分 頃
4. 事故発生場所		(番地まで正確に記入してください)				
		※そこは… 工事現場・自社作業場・元請作業場・その他 ()				
5. 請負工事	工事名称		※新築・増築・改築 内装・改装・解体 工事 その他()			
	所在地		(番地までお書き下さい。「4. 事故発生場所」と同じ場合は「同上」と記入してください。)			
	※上記工事は…		①元請工事 ②下請工事 (被災者が労働者の場合は、元請会社に連絡して労災手続きをしてください)			
6 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 (具体的に記入してください)		
	③どこを負傷しましたか					
	④病院にはいつ行きましたか			⑤ ④の病院から転院しましたか		
	年 月 日 (初診日)			年 月 日 (転院日)		
	病院名: (住所:)			病院名: (住所:)		
※「工作中的事故」と病院に (伝えた・伝えていない)						
7. 4日以上休業の見込み		※ あり・なし・わからない (注)特別加入者の休業補償給付は、全部労働不能であることが支給条件です。				
8. 労災事故を証明できる方 (親族以外の方をフルネームで)		様	※その方は…自社従業員・施主・元請事業主・下請事業主 役員(職名)・被災者同僚(工) その他()			

◎今回の事故は、自社の請負工事中の事故であり、上記報告内容に間違いありません。

報告者氏名 (ご署名下さい)	様	※事業主・役員(職名) 事務員・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。



労働保険事務組合 一般社団法人 愛知県建設産業協会
〒466-0044 名古屋市昭和区桜山町 3-51-2
TEL 052-853-1410 FAX 052-841-4591