

《お仕事中にケガをされたときは》

<p>① </p> <p>早急に医療機関へ行き、労災事故である旨を伝えて治療を受けてください。労災指定の医療機関をお勧めします。労災の手続きは全て医師の証明が必要です。</p>	<p>② </p> <p>速やかに事故速報を当協会にFAX又はメールにてご提出ください。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お知らせください。</p>	<p>③ </p> <p>ご提出を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。押印後、医療機関に提出し、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。

事 故 速 報

※のところは選んで○を付けてください。1～10を全てご記入ください。 令和 年 月 日

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 ① 自宅作業場 ㊧ 元請作業場 ② その他 () ②上記で ①㊧② の場合、その所在地 ③請負工事名 ※新築・増築・改築・改装・解体 その他 () 工事 ④請負工事所在地		
①で ①㊧②③ の場合でも、③④の請負工事名・工事所在地をご記入ください。			
4. 災害の発生状況	①どこで、どのような作業状況で事故になりましたか ②どこを負傷しましたか ③医療機関にはいつ行かれましたか 年 月 日 (初診日) 医療機関名： (住所：) 院外薬局名： (住所：) ※「仕事中の事故」と医療機関・薬局に (伝えた・伝えていない)		
	④ ③の医療機関から転院されましたか 年 月 日 (転院日) 医療機関名： (住所：) 院外薬局名： (住所：)		
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. 事故発生時、一人親方 (特別加入) として働きつつ、労働者としても雇用されていた	※ いいえ・はい (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・・・	様	※ご本人・奥様・元請先・その他 ()
--------------	---	---------------------

※通勤災害の場合・・・書式が異なりますのでご連絡ください。

- ◆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 052-852-6326 FAX 052-841-4591
 ガイダンス@番
 E-mail: sankyo@aiken. ne. jp

