

労働者死傷病報告

様式第23号(第97条関係)(表面)

労働保険番号(建設業の工事に従事する下請人の労働者が被災した場合、元請人の労働保険番号を記入すること。)										事業の種類									
81001																			
[都道府県][所掌][管轄][基幹番号][枝番号][被一括事業場番号]																			
事業場の名称(建設業にあつては工事名を併記のこと。)																			
カナ																			
漢字																			
工事名																			
職員記入欄 派遣先の事業の労働保険番号																			
[都道府県][所掌][管轄][基幹番号][枝番号][被一括事業場番号]										派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号									
事業場の所在地										構内下請事業の場合は親事業場の名称、建設業の場合は元方事業場の名称		派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の名称		派遣先 派遣元 提出事業者の区分					
電話 ()																			
郵便番号				労働者数				発生日時(時間は24時間表記とすること。)											
-				人				7:平成											
被災労働者の氏名(姓と名の間は1文字空けること。)										生年月日		性別							
カナ										1:明治 3:大正 5:昭和 7:平成 元号 年 月 日		()歳 男 女							
漢字										職種		経験期間		[いずれかに○] 年 月					
休業見込期間又は死亡日時(死亡の場合は死亡欄に○)				傷病名				傷病部位				被災地の場所							
休業見込 [いずれかに○] 月 週 日				死亡 死亡日時															
災害発生状況及び原因 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に 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かを詳細に記入すること。										略図(発生時の状況を図示すること。)									
報告書作成者 職氏名										起因物		店社コード		業種分類		自由設定項目			
										事故の型		発注者種類 事業場等区分		業務上疾病		(1) (2) (3)			
										1:該当 2:非該当									

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

㊞

備考

- 1 □□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置（OCIR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄、記入枠及び職員記入欄は、空欄のままとすること。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入すること。
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。
- 4 「性別」、「休業見込」及び「死亡」の欄は、該当する項目に○印を付すこと。
- 5 「事業場の名称」の欄の漢字が記入枠に書ききれない場合は、下段に続けて記入すること。
- 6 派遣労働者が被災した場合、派遣先及び派遣元の事業者は、「提出事業者の区分」の欄の該当する項目に○印を付した上、それぞれ所轄労働基準監督署長に提出すること。
- 7 「経験期間」の欄は、当該職種について1年以上経験がある場合にはその経験年数を記入し、1年未満の場合にはその月数を記入し、該当する項目に○印を付すこと。
- 8 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。