

事故報告書 (一人親方労災 ケガ発生時の報告事項)

労働保険番号	23107935938 - 001 整理番号()
加入者氏名	性別(男・女) 承認日額()円
加入者住所	〒
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生
事故発生日時間	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分頃
事故発生場所	
元請業者(発注者)	
元請工事現場名	
元請工事現場所在地	
事故現認者氏名	職責() 氏名()
緊急連絡方法	携帯電話等

事故内容(具体的にいつ・どこで・何をしていた・どういう状態でケガをしたか)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

休業補償請求は災害現認証明書(発注者)・休業証明書(関係者)の提出が必要になります。

休業補償は入院しないと支給されません。

報告受付(平成 年 月 日) 受付担当者()

愛知県中部建設業一人親方組合
FAX 0586 - 45 - 1904 まで
FAXしてください。

愛知県中部建設業福祉協会
TEL 0586 - 47 - 2184