業務上事故発生の連絡（第一報）を受理いたしました。この「災害報告書」に必要事項を記入して、折り返しＦＡＸ送信してください。追って、労災療養給付請求書（様式５号）を当方で作成し送付いたしますので、受診した病院へご提出ください。　また休業が必要な場合は、別途書類を準備させていただきます。

災害報告書　（一人親方労災用　ケガ発生時の報告事項）

労働保険番号	２３１０７９３５９３８－００１　整理番号（　　）		
ﾌﾘｶﾞﾅ 加入者氏名	.....	性別（男・女） 承認日額（　　円）	
加入者住所 電話番号	〒 電話番号		
生年月日	（昭和・平成）　　年　　月　　日生		
事故発生日時間	令和　　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	職種（　　）氏名（　　）		
病院受診日	令和　　年　　月　　日　（午前・後　　時　　分）頃		
傷病部位・傷病名			
受診病院・薬局			
災害の程度	死亡の場合:（令和　　年　　月　　日　　午前･後　　時　　分）		
	治療予定日数　　日	入院日数　　日	休業予定日数　　日

事故内容（具体的にいつ・どこで・何をしていて・どういう状態でケガをしましたか。）

.....

.....

.....

.....

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。

愛知県中部建設業一人親方組合
FAX　0586－85－8692　までＦＡＸ送信
または
roumu@yamato-sr.jp　へメールしてください。

愛知県中部建設業福祉協会
ＴＥＬ　０５８６－８５－８６８８