

## 一人親方 労災保険負傷報告書

負傷者	労働保険番号	17101-931008-	(末尾3桁の数字を記入)
	整理番号		
	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒	
	連絡先		
	性別	男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
	職種		
	所定労働時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分	
	休日その他		
負傷	負傷日	平成 年 月 日 ( 曜日)	
	負傷時間	午前・午後 時 分	
	負傷場所		
現認者	職名		
	氏名		
負傷状況	負傷箇所・程度	負傷箇所	程度 日・週・月
	休業予定	あり・なし	
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また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		
病院等の	名称	電話番号	
	所在地	〒	
薬局等の	名称	電話番号	
	所在地	〒	
建設業 元請会社の	名称	電話番号	
	所在地	〒	

※病院の受付では「労災保険でお願いします」と伝えてください。

労働保険事務組合 石川県労務管理協会

電話 076-267-8161

FAX 076-267-7955