

様式第24号（第97条関係）

労 働 者 死 傷 病 報 告

年 月から 年 月まで

事 業 の 種 類		事業場の名称（建設業にあつては工 事名を併記のこと。）				事 業 場 の 所 在 地		電 話	労 働 者 数
								( )	
被災労働者の氏名	性 別	年 齢	職 種	派遣労働 者の場合 は欄に○	発生日	傷病名及び 傷病の部位	休業 日数	災 害 発 生 状 況 (派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場名を併記のこと。)	
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
報告書作成者職氏名									

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

備考 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、それぞれ所轄労働基準監督署に提出すること。

# 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		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							
派遣先の事業の労働保険番号																			
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									
電話 ( )										派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の名称									
郵便番号										提出事業者の区分									
労働者数										派遣元									
7:平成										派遣先									
9:令和																			
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									
カナ										性別									
漢字										職 種									
経験期間										被災地の場所									
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									
災害発生状況及び原因										略図(発生時の状況を図示すること。)									
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。																			
労働者が外国人である場合のみ記入すること。										国籍・地域コード 在留資格コード									
国籍・地域 在留資格										職 員 記 入 欄									
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:該当										(1)									
2:非該当										(2) (3)									
報告書作成者																			
職 氏 名																			

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印