

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	
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。)			
電話 ()										7:平成 →		元号 年 月 日 時 分			
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 →		()歳		男 女	
漢字										職種		経験期間		男 女	
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										死亡		死亡日時			
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 在留資格										国籍・地域コード 在留資格コード					
職 員 記 入 欄										起 因 物		店 社 コード		業 種 分 類	
報告書作成者 職 氏 名										事故の型		発注者種類 事業場等区分		業務上疾病 (1) (2) (3)	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

㊞