

一人親方特別加入 労災事故報告書

記入日 令和 年 月 日 記入者 (本人または代理報告者)

氏名	生年月日〔 〕 会員番号〔 〕
住所	日中連絡のつく電話番号〔 〕
負傷したときの状況をご記入ください	事故発生日時 令和 年 月 日(午前・午後) 時 分頃
	事故発生場所 名称・住所
	工事名
	事故の内容 ① どのような場所で、どのような作業をしている時ですか ② どのような状況で負傷されましたか ③ 負傷された部位と症状
	事故の確認者 原則として 現場責任者の方
治療を受けた医療機関 今回のお怪我で治療を受けた医療機関を全て記入ください。	名称 住所 〒 電話 初診日(月 日)事故発生日と異なる場合の理由:
投薬を受けた薬局 今回のお怪我で投薬を受けた薬局を全て記入ください。	名称 住所 〒 電話
休業の予定	<input type="checkbox"/> 休業しない 休業補償は療養のために全く就労できなかった(無給)期間が対象です。 <input type="checkbox"/> 休業する → () 日間くらいの見込み
複数事業労働の確認	一人親方以外の就業先 <input type="checkbox"/> 有→労災加入状況について追ってお問合せをさせていただきます <input type="checkbox"/> 無

ご記入のうえFAXでご送付をお願いいたします。(原本の郵送は不要です。FAXで送付できない場合にはMAIL、郵送等でも結構です。)

★ 労災申請に際し、あらためてご本人確認書類をいただいております。
運転免許証や在留カード等の公的機関発行の本人確認書類のコピー(画像)等のご送付をお願いいたします。

一人親方 匠の会 埼玉事務センター FAX:03-6683-2779

E-mail:info@hitorioyakata-takumi.com 〒344-0038 埼玉県春日部市大沼2-62-20