

# 労働者死傷病報告

様式第23号(第97条関係)

81001		労働保険番号										事業の種類			
		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															
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								
郵便番号				電話 ( )				労働者数				発生日時 (時間は24時間表記とすること)			
-				人				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				元号 年 月 日 ( ) 歳			男 女	
漢字							職種			経験期間		「いずれかに○」 年 月			
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											
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どのような不安定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															
報告書作成者 職氏名							起因物 店社コード 業種分類 事故の型 発注者種類 事業場等区分 業務上疾病 自由設定項目 1:該当 2:非該当								

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

印