様式第23号(第97条関係)(表面)

労働者死傷病報告

8 1 0 0 1	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。) 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。)

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 電話 ( )	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	提出事業者の区分 派遣先 派遣元
郵便番号 ―	労働者数 人	発生日時 (時間は24時間表記とすること。) 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 いずれかに○ 月 週 日 / 死亡 / 死亡日時			

災害発生状況及び原因
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。

略図(発生時の状況を図示すること。)

報告書作成者職氏名

職員記入欄: 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 (1:該当 2:非該当) / 自由設定項目 (1) (2) (3)

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿 ㊞

受付印

様式第23号(第97条関係)(裏面)

備考

1　□□□で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置(OCIR)で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。

2　記入すべき事項のない欄、記入枠及び職員記入欄は、空欄のままとすること。

3　記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入すること。

　なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。

4　「性別」、「休業見込」及び「死亡」の欄は、該当する項目に○印を付すこと。

5　「事業場の名称」の欄の漢字が記入枠に書ききれない場合は、下段に続けて記入すること。

6　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、「提出事業者の区分」の欄の該当する項目に○印を付した上、それぞれ所轄労働基準監督署長に提出すること。

7　「経験期間」の欄は、当該職種について1年以上経験がある場合にはその経験年数を記入し、1年未満の場合にはその月数を記入し、該当する項目に○印を付すこと。

8　氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。