

F A X 送信先 0 4 8 - 6 8 2 - 0 3 3 0

# 労災事故報告書

埼玉労災一人親方部会

フリガナ 氏名	〒 住所					
電話番号	携帯電話					
職種	職名					
負傷した日	平成	年	月 日	午前・午後	時	分
負傷した場所						
災害の原因及び発生状況 (どんな場所で、どんな作業をしているときに、どこの部位をどうしたのか)						
-----						
-----						
-----						
-----						
病院の名称			電話番号			
病院の住所						
その病院は労災指定病院ですか?      指定      指定外      わからない						

## 通勤災害の場合

事故の相手はいますか?	いない・いる場合 相手の氏名 連絡先 ( )				
出勤中の場合	自宅を出た時刻	午前/午後	時	分	
	当日の始業時刻	午前/午後	時	分	
帰宅中の場合	会社を出た時刻	午前/午後	時	分	
	当日の終業時刻	午前/午後	時	分	

※ F A X 送信後、当会担当者より連絡が無い場合は、お電話にて御確認ください。

埼玉労災一人親方部会    048 - 682 - 0333