

(工事保険)

令和2年 月 日

支店

作業所名

作業所長

事故報告書

事故発生日時	令和	2	年		月		日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (:)	
事故発生場所									
被害者	住所								
	氏名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	電話	()	担当者 ()						
	勤務先								
労災保険の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し								
被害者の対象	身	死傷の別	<input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 死亡						
		傷病名・部位							
		病院住所							
		〃 名称						電話 ()	
		担当医師名							
	体	休業見込日	日間			後遺症 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
		収入	日収						
			月収						
	年収								
	財物	被害物件							
被害状況									
被害額									

[発生状態] (どのような場所、作業、状態、災害)			[図 示]		
[原因]			[事故発生後の対応・措置]		
証人(目撃者)	住所				
	氏名				電話 ()
届出警察署	警察署	受理番号	電話 ()		
	住所				
	氏名				電話 ()
備考					