

労働者死傷病報告

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。)										事業の種類		
8	1	0	0	1								
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												
見本												
この様式は、OCR様式です コピーでは使用できません												
工事名												
職員記入欄												
派遣先の事業の労働保険番号												
事業場の所在地												
郵便番号												
労働者数												
発生日時 (時間は24時間表記とすること。)												
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												
職種												
経験期間												
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												
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。)												
報告書作成者												
職氏名												
起因物												
店社コード												
業種分類												
自由設定項目												

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りように記入すること。
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。