様式第23号（第97条関係）（表面）

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
8100 1　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	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）
電話　（　）			

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。）
—	人	7：平成 9：令和 → 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 9：令和 → 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。）

労働者が外国人である場合のみ記入すること。
国籍・地域（　）　在留資格（　）

報告書作成者職氏名	

職員記入欄
国籍・地域コード　在留資格コード
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