様式第二十三号を次のように改める。

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
8	1	0	0	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	派遣先　派遣元 提出事業者の区分
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→　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