

労災事故実態調査報告書

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	
記号 番号	新建		組合員 氏名	(年 月 日生)		負傷者 氏名	(年 月 日生)
住所	TEL ()				職 種		級
労災保険加入	有 ・ 無						
雇 用 形 態	事業主 ・ 一人親方 ・ 従業員						
事業主氏名				住 所	〒 TEL ()		
発注者氏名				住 所	〒 TEL ()		
事故発生日時	令和 年 月 日 ()			事故発生場所			
受診医療機関名					入院外来 区 分	入 院 ・ 外 来	
事故発生状況略図				事故発生状況報告			
支 部 長 意 見 等							
	支部長 氏名						私印

令和 年 月 日

上記のとおり調査の結果に意見を付記して報告いたします。

支 部 名 _____

支 部 長 名 _____ 公印

新潟県建築国民健康保険組合 理事長様