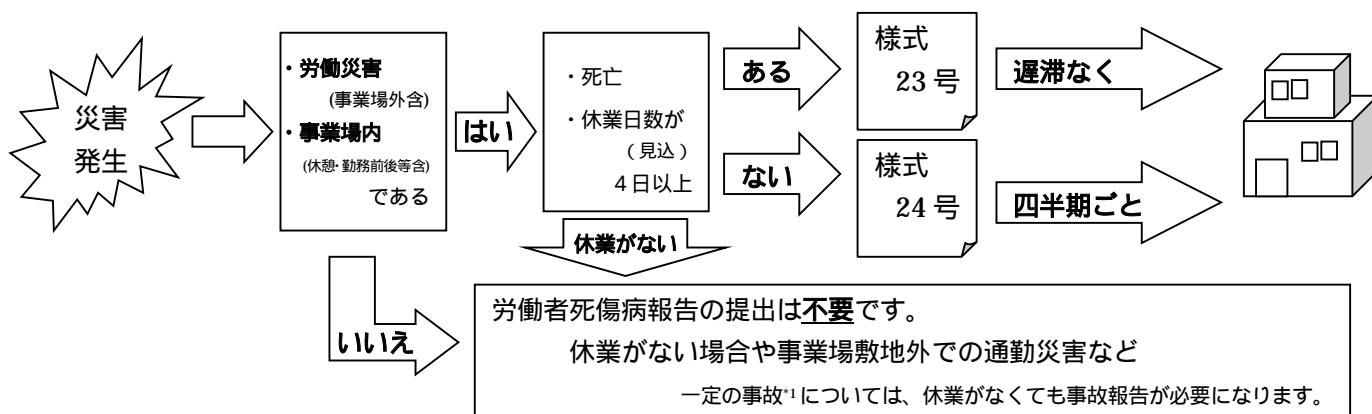


労働者死傷病報告の書き方(建設現場)

労働者死傷病報告について

労働者が労働災害（或いは事業場内での災害）で死亡又は休業した場合には、所轄の労働基準監督署に「労働者死傷病報告」の提出が必要です。これは、事業主が労働基準監督署に対して行う報告です。労働者災害補償保険（労災保険）の制度とは異なりますのでご注意ください。

なお提出義務は、被災者を直接雇用している事業主になります。



*1) 火災、爆発や倒壊、クレーンやエレベータ等の事故等

提出方法について

1. 提出の単位[事業場(会社)の単位]について

労働基準監督署では会社を事業場という単位で呼んでおります。この事業場は、原則として次のような考えに基づいています。

労働者が実際に働いている場所であること。

場所的に独立していること。

具体的には、各工事現場を1つの事業場と考えます。そして、その工事現場の所在地を管轄する労働基準監督署に報告を行います。

出張作業の場合は、労働者が所属している事業場で報告を行います。

2. 様式について

休業日数により様式が異なります。

休業日数が4日未満の場合 様式第24号

末尾についているので活用ください。

休業日数が4日以上の場合 様式第23号

こちらは、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。また、同ページに「労働安全衛生法関係の届出・申請等帳票印刷に係る入力支援サービス」のリンクもあります。

アドレス：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei36/17.html>

なお、この様式は機械読みを行いますので、読み込みに支障がでないように次の注意をお願いします。



印刷を行う際に、縮小しないこと。

様式はPDFファイルなので、通常「Adobe Acrobat Reader」で開いて印刷をされると思います。この場合、印刷の設定に「ページサイズ処理」や「ページの拡大/縮小」など、サイズを変更する機能があります。この機能を使わず、実際のサイズで印刷を行ってください。

3. 提出時期について

休業日数により提出時期も異なります。

休業日数が4日以上の場合 **遅滞なく**

事故発生が発生したら、遅滞なく提出が必要です。1事案につき1枚の提出です。

休業日数が4日未満の場合 **四半期ごと**

次の表の「災害発生期間」に発生した災害をまとめて「提出期間」に提出します。1枚の報告書で複数件まとめて提出できます。

| 災害発生期間 | 提出期間 |
|---------|--------------|
| 1月～ 3月 | 4月1日～末日までの間 |
| 4月～ 6月 | 7月1日～末日までの間 |
| 7月～ 9月 | 10月1日～末日までの間 |
| 10月～12月 | 1月1日～末日までの間 |

記載方法について

1. 休業4日未満(様式第24号)

記載例は、下記のとおりです。

<災害発生期間> ex. 1月～3月

労働者死傷病報告

様式第24号 (第97条関係) 年 月 から 年 月 まで

| 事業の種類 | 事業場の名称(建設業にあっては工事名を併記のこと) | | | | 事業場の所在地 | | 電話 | 労働者数 |
|-----------|------------------------------------|----|-----|--------------|----------------------------|------------|---------|---|
| ●●●● | 「法人名称」と「支店名称」等及び「工事現場名称」を併記してください。 | | | | 提出事業場の所在地及び現場所在地を併記してください。 | | ***-*** | ◆◆名 |
| 被災労働者の氏名 | 性別 | 年齢 | 職種 | 派遣労働者の場合は欄に○ | 発生日 | 傷病名及び傷病の部位 | 休業日数 | 災害発生状況 (派遣労働者が被災した場合は派遣元の事業場名を併記のこと) |
| ●●●● | 女 | 歳 | 作業員 | | 月 日 | ■■■■■ | 日 | ■■■■■ |
| ▲▲▲▲ | 男 | 歳 | 作業員 | | 月 日 | ■■■■■ | 日 | ■■■■■ |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 日 | | 日 | |
| 報告書作成者職氏名 | 総務部 ■■■■ | | | | | | | |

◎年 ◎月 ◎日

XX 労働基準監督署長

被災者を雇用している事業場 (工事元請ではありません)*1

事業者職氏名 **〇〇〇株式会社**
代表取締役 ***

署名・押印は不要ですが、記名は必要です。通常は代表者名(法人であれば代表取締役)になります。但し、支店等の場合で報告権限が委譲されている時には支店長名等でもよいです。

右上の災害発生期間内の災害

災害発生状況が分かるように詳しく、現場名や所在地も記載する。

備考 1 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、それぞれ所轄労働基準監督署に提出すること。

【休業日数の数え方】

休業日数は、災害による負傷・疾病で働く事ができない期間です。つまり、休日(所定休日)であっても働く事ができない期間であれば日数に含みます。

災害の当日は日数に含めません(民法第140条)。なお、労働者災害補償保険の休業補償の際は休業4日目からの支給(労働者災害補償保険法第14条)となっており初日を含みます。

労働者死傷病報告

様式第24号（第97条関係）

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| 年 | 月から | 年 | 月まで |
|---|-----|---|-----|

| 事業の種類 | | 事業場の名称（建設業にあっては工事名を併記のこと） | | | | 事業場の所在地 | | 電話 | 労働者数 |
|-----------|-----|---------------------------|----|-------------|-----|------------|------|---|------|
| | | | | | | | | | |
| 被災労働者の氏名 | 性別 | 年齢 | 職種 | 派遣労働者の場合は欄に | 発生日 | 傷病名及び傷病の部位 | 休業日数 | 災害発生状況 〔派遣労働者が被災した場合は派遣先の事業場名を併記のこと〕 | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| | 男・女 | 歳 | | | 月 日 | | 日 | | |
| 報告書作成者職氏名 | | | | | | | | | |

年 月 日

事業者職氏名

..... 労働基準監督署長

備考 1 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、それぞれ所轄労働基準監督署に提出すること。