

労働者死傷病報告（休業4日以上、安衛則様式第23号）記入例と提出先

提出期日：災害発生後遅滞なく。（労働安全衛生規則第97条）

提出部数：1部（報告書の控えが必要な場合は、提出時に当該報告書の写し（コピー）（郵送の場合には切手を貼った返信用封筒）を用意ください。）

社会保険労務士による提出代行の場合は、必ず社労士法に基づく記名押印または署名が必要です。

濁点、半濁点は1つの記入枠に「ギ」と記入。
(様式裏面、備考3参照)

被災者の所属する工場や営業所、店舗等の事業場の名称を省略せずに記入。
書ききれない場合は空欄に続きを記入。
(様式裏面、備考5参照)

被災者の所属する事業場の住所を記入
(右表参照)

休業の見込日数を提出時に判断し**必ず記入する。**

災害発生時の状況、原因を具体的に記入。
事業場の所在地と被災地が異なる場合(出張中の災害など)は特に具体的に記入。
(右表参照)

事業場の所在地を管轄する監督署へ提出。
休業補償の請求書の提出先と異なる場合があります。
(右表参照)

建設工事にかかる災害の時は必ず記入(工事件名を記載する)

製造業等の構内下請事業場、**建設工事**の関係請負人が被災した場合は必ず記入。

派遣労働者が被災した場合に記入。

左記職種における通算経年数(1月未満はゼロで記入)

災害発生場所と事業場の所在地と被災地が異なる場合は**住所や訪問先の名称等を具体的に記入。**

略図はできる限り具体的に記入。
図・写真貼付不可

社労士による提出代行は、必ず法に基づく記名押印または署名が必要です。

代表者の職名、氏名を記名し押印する。(代表者本人の直筆の署名でも可)
原則、総務部長等の部署長名は不可。

派遣労働者が被災した場合

	派遣先事業場	派遣元事業場
提出先	派遣先の所轄署	派遣元の所轄署
労働保険番号	派遣先の番号	派遣元の番号
事業場の名称	派遣先の名称	派遣元の名称
事業場の所在地	派遣先の所在地	派遣元の所在地
派遣先郵便番号	派遣先郵便番号を記入	派遣先郵便番号を記入
派遣先の事業場の名称	派遣先の事業場の名称を記入	派遣先の事業場の名称を記入
提出事業場の区分	派遣先欄に	派遣元欄に
労働者数	派遣先の労働者数	派遣元の労働者数
事業者職氏名	派遣先の事業者職氏名	派遣元の事業者職氏名

建設工事にかかる災害の場合

提出先	原則工事現場所在地を管轄する労基署
労働保険番号	特定元方事業者の保険番号
事業場の名称	被災労働者の所属事業場の名称
⑩ 工事名	特定元方事業者の工事件名
事業場の所在地	工事現場所在地(または被災労働者所属事業場の所在地)
労働者数	被災労働者の所属事業場の入場者数
建設業の場合は元方事業場の名称	特定元方事業者の名称
被災地の場所	必ず記入(現場の住所を具体的に)
災害発生状況	状況及び原因のほか 工事の工期 を記入
事業者職氏名	被災労働者所属事業場の事業者職氏名