労働災害が発生した場合には、所轄労働基準監督署へ、労働者死傷病報告を提出しなくてはなりません。書類は２種類あり、状況および休業日数によって提出する用紙が異なります。

①休業日数が１～３日の場合は、四半期ごとにとりまとめて、四半期最終日の翌月末日までに、この書式（様式第24号）にて労働者死傷病報告を提出してください。

②休業日数が４日以上 あるいは 死亡の場合は、ＯＣＲ形式の専用用紙（様式23号といいます）にて、すみやかに届出をおこなってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
|  | | | | | 事業場の名称  工事名 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 被災労働者の氏名 | | | | | 性　別 | | | 年　齢 | | | 職　　種 | | | 派遣労働者の場合は 欄に〇 | 発 生 月 日 | | | | 傷病名及び傷病の部位 | | | 休業  日数 | | | | （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 | | | | | 職名  氏名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年 |  | 月 | | |  | 日 | |
| 事業者職氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 労働基準監督署長　殿 | | | | | | | | |

備考　　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。

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第24号（第97条関係） | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  |  |
| ● | | 年 | | １０ | | | 月から | ● | 年 | | １２ | 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 | | | | |
| 食料品製造業 | | | | | | | | 事業場の名称　ヒューマンテラス食品株式会社  工事名 | | | | | | | | | | | 東京都港区南青山３丁目－○－○ | | | | | | | | 03 （××××） ×××× | | | | ２００人 | | | | |
| 被災労働者の氏名 | | | | | 性　別 | | | 年　齢 | | | 職　　種 | | | 派遣労働者の場合は  欄に〇 | 発 生 月 日 | | | | 傷病名及び傷病の部位 | | | 休業  日数 | | | | （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。） | | | | | | | | | |
| ＡＡ　Ａ子 | | | | | 男・ | | | ６０ | | 歳 | 清掃員 | | |  | 10 | 月 | 20 | 日 | 右肩打撲 | | | ３ | | 日 | | 荷物を移動させる際、上部の荷物が 崩れ、右肩に落ちた。 | | | | | | | | | |
| ＢＢ　Ｂ夫 | | | | | ・女 | | | ４０ | | 歳 | 営業 | | |  | 11 | 月 | 10 | 日 | 左足首捻挫 | | | １ | | 日 | | 自社内で荷物運搬の際、段差に足を 引っ掛けた。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | 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 | | | | | 職名　　安全衛生部長  氏名　　□□　□□ | | | | | | | | | | | | | |
| ● | 年 | 1 | 月 | | | 31 | 日 | |
| 事業者職氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ヒューマンテラス食品株式会社  代表取締役　△△　△△ | | | | | | | | | | | | | |
| 三田 | | | | | 労働基準監督署長　殿 | | | | | | | | |

備考　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。