

派遣元の事業者の皆様へ

- 派遣労働者が派遣中に労働災害等により死亡し、又は休業したときには、**派遣元**は、**派遣先**に対し、所轄の労働基準監督署に提出した労働者死傷病報告の写しの送付を求めてください。
- 派遣元**は、**派遣先**から送付のあった写しの内容を踏まえ、労働者死傷病報告を作成し、**派遣元の事業場**を所轄する労働基準監督署に提出してください。

派遣先の事業者の皆様へ

- 派遣労働者が労働災害等により死亡し、又は休業したときには、**派遣先**は、労働者死傷病報告を作成し、**派遣先の事業場**を所轄する労働基準監督署に提出してください。
- 派遣先**は、労働者死傷病報告を所轄の労働基準監督署に提出した場合には、その写しを**派遣元**に送付してください。

○ 平成22年4月1日以降に労働者死傷病報告を提出するときは、

- 被災労働者が派遣労働者であるか否かにかかわらず、改正後の様式第23号(新様式)で提出してください。
- 労働災害等の発生日が平成22年3月31日以前であっても、新様式で提出してください。

このリーフレットに関するお問い合わせは、
最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署までお願いします。

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								
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												
見本												
この様式は、OCR様式です コピーでは使用できません												
工事名												
職員記入欄												
派遣先の事業の労働保険番号												
事業場の所在地												
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。)												
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												
職 種												
経験期間												
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												
災害発生状況及び原因												
略図(発生時の状況を图示すること。)												
報告書作成者												
職 氏 名												
起因物												
店社コード												
業種分類												
自由設定項目												
事故の型												
発注者種類												
事業場区分												
業務上疾病												
1:該当												
2:非該当												

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

印

様式第23号（第97条関係）（裏面）

備考

- 1 □□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置（OCIR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄、記入枠及び職員記入欄は、空欄のままとすること。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明りように記入すること。
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。
- 4 「性別」、「休業見込」及び「死亡」の欄は、該当する項目に○印を付すこと。
- 5 「事業場の名称」の欄の漢字が記入枠に書ききれない場合は、下段に続けて記入すること。
- 6 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、「提出事業者の区分」の欄の該当する項目に○印を付した上、それぞれ所轄労働基準監督署長に提出すること。
- 7 「経験期間」の欄は、当該職種について1年以上経験がある場合にはその経験年数を記入し、1年未満の場合にはその月数を記入し、該当する項目に○印を付すこと。
- 8 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。