

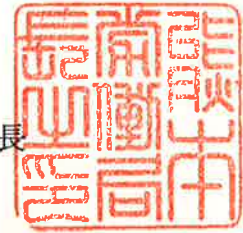


熊労発基第105号

平成24年4月18日

熊本産業保健推進センター所長 殿

熊本労働局長



労災かくしの排除に係る協力について（要請）

貴職におかれましては、日頃より労働基準行政の推進に御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、労働安全衛生法においては、休業を伴う労働災害（以下「労災事故」という。）が発生した場合においては、その事実を「労働者死傷病報告」（別紙1，2〔注1〕）により労働基準監督署へ報告するよう規定されています。また、労働基準法においては、労働災害が発生した場合、療養補償（治療費）、休業補償、障害補償、遺族補償等の補償（以下「災害補償」という。）を行う必要がある旨規定されています。（労災保険から補償が行われた場合は、事業者により補償が行われたと取り扱われます。）

当局及び労働基準監督署は、労災事故を労働基準監督署に報告しなかったり、労働基準法に定める災害補償を行わない、いわゆる「労災かくし」事案の排除のため行政指導を行っており、悪質なものについては、労働安全衛生法違反として、労働基準監督署が事業者等を送検するなど厳正に対処しているところですが、「労災かくし」は依然として発生し続けております。

労働者死傷病報告は、労働基準監督署が災害発生原因等を把握し、同種災害の再発防止対策の確立等を指導するために必要なものであり、災害補償は事業者の義務であるため当然履行されるべきものです。

つきましては、貴団体の会員等に対し、別添のリーフレットを活用していただき、労災かくしは犯罪であること、遅滞のない労働者死傷病報告の労働基準監督署への提出及び適切な災害補償（労災保険の請求手続）が必要であることについての注意喚起を行っていただきますようお願いいたします。

〔注1〕

- ①休業4日以上の場合、別紙1の様式にて遅滞なく提出する義務があります。
- ②休業1日以上4日未満の場合、別紙2の様式にて、1月～3月まで、4月～6月まで、7月～9月まで、10月～12月までの各期間における労災事故を、それぞれの期間の最後の月の翌月末日までに提出する義務があります。

労働者死傷病報告

別紙1

様式第23号(第97条関係) (表面)

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					
81001															
都道府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号															
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															
工事名															
職員記入欄 派遣先の事業の労働保険番号															
都道府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号										派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号					
事業場の所在地										構内下請事業の場合は親事業場の名称、建設業の場合は元方事業場の名称		派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の名称		派遣先 派遣元 提出事業者の区分	
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。)			
7:平成										人		元号 年 月 日 時 分			
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			
カナ										1:明治 3:大正 5:昭和 7:平成 元号 年 月 日 ()歳		男 女			
漢字										職種		経験期間		年 月	
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	
休業見込										死亡日時					
災害発生状況及び原因										略図(発生時の状況を図示すること。)					
①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような物又は環境に ④どのような不安全又は有害な状態があつて ⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。															
報告書作成者 職 氏 名										起 因 物		店 社 コー ド		業 種 分 類	
										事故の型		発注者種類 事業場等区分		業務上疾病	
										1:該当 2:非該当		(1) 自由設定項目 (2) (3)			

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 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瞭に記入すること。
 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。

労働者死傷病報告

年 月から 年 月まで

事業の種類		事業場の名称 (建設業にあつては工事名を併記のこと)				事業場の所在地		電話	労働者数
									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○	発生日	傷病名及び傷病の部位	休業日数	災害発生状況	
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
	男・女	才			月 日				
報告書作成者職氏名									

年 月 日

事業者 職名
氏名

印

労働基準監督署長 殿

- 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、それぞれの所轄労働基準監督署に提出すること。
 - 2 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。

正しい保険で、安心治療。
労働災害の受診は労災保険で!!



「労災かくし」は犯罪です。

「労働者死傷病報告」の提出が必要です。

厚生労働省

