

労働者死傷病報告

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 13116210449000		産業廃棄物収集業
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	ヒルマウンソウカブシキガイシャイナダイラコウ	
漢字	比留間運送株式会社伊奈平工場	
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		
東京都武蔵村山市伊奈平3-25-5 電話 042-565-1336		
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。)
208-0023		7:平成 9:令和
被災労働者の氏名(姓と名の間は1文字空けること。)		
カナ	生年月日	
漢字	性別	
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(発生時の状況を図示すること。)		
労働者が外国人である場合のみ記入すること。		
報告書作成者		
職氏名		
国・地域コード		
在留資格コード		
職 起 店 業		
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		

令和2年 10月 20日

比留間運送 株式会社

事業者職氏名

代表取締役

比留間

労働基準監督署長殿

比留間 宏明

受 2.1.25

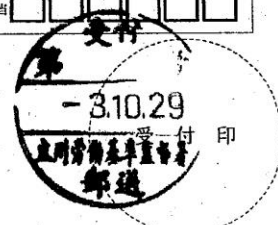
労働者死傷病報告

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 13116210449000		産業廃棄物収集業
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	ヒルマウンソウカブシキガイシャイナダイラコウ	
漢字	比留間運送株式会社伊奈平工場	
工事名		
職員記入欄 派遣先の事業場の労働保険番号	都道府県 所管 管轄 高時番号 枝番号 統一括事変場番号 派遣労働者が被災した場合、派遣先の事業場の郵便番号	
事業場の所在地 東京都武蔵村山市伊奈平3-25-5	電話 042-560-8806	標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
郵便番号 208-0023	労働者数 人	発生日時(時間は24時間表記とすること。) 7:平成 9:令和
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		
漢字		
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
災害発生状況及び原因 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どのような不安な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。	略図(発生時の状況を図示すること。)	
報告書作成者 職氏名	国籍・地域コード	在留資格コード
	起因物	店社コード
	事故の型	発注者種類 事業場等区分 業務上疾病

R3 年 10 月 27 日
立川
労働基準監督署長殿

比留間運送 株式会社
事業者職氏名代表取締役
比留間 宏明



労働者死傷病報告

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 13116210449000		産業廃棄物収集業
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	ヒルマウンソウカブシキガイシャイナダイラコウ	
漢字	比留間運送株式会社伊奈平工場	
工事名		
職員記入欄	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	
派遣先の事業場の労働保険番号		
事業場の所在地	東京都武蔵村山市伊奈平3-25-5	042-560-8806
郵便番号	208-0023	発生日時(時間は24時間表記とすること。)
労働者数		7:平成 9:令和
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	
カナ		
漢字		
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
休業見込		
災害発生状況及び原因		
①どのような場所 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どのような不安定な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。		
略図(発生時の状況を図示すること。)		
労働者が外国人である場合のみ記入すること		
報告書作成者	職氏名	
職氏名		

R3年 11月 15日

比留間運送 株式会社

立川

事業者職氏名代表取締役

比留間 宏明

労働基準監督署長殿



労働者死傷病報告

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 13116210449000		産業廃棄物収集業
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 ヒルマウンソウカブシキガイシャイナダイラコウ		
漢字 比留間運送株式会社伊奈平工場		
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		
東京都武蔵村山市伊奈平3-25-5		
電話 042-560-8806		
郭 備 番 号		
208-0023		
労働者数		
発生日時(時間24時間表記とすること。)		
7:平成 9:令和		
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		
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(発生時の状況を図示すること。)		
国 籍 ・ 地 域		
在留資格		
職 員 記 入 欄		
起 因 物		
店 社 コード		
業 務 上 疾 病		
自由設定項目		
報告書作成者		
職 氏 名		

5 年 5 月 日

比留間運送 株式会社

事業者職氏名 代表取締役

立川

労働基準監督署長殿

比留間 宏明



労働者死傷病報告

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 13116210449000		産業廃棄物処理業
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 ヒルマウンソウカブシキガイシャ イナダイラコ		
漢字 比留間運送株式会社 伊奈平工場		
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		
東京都武蔵村山市伊奈平3-25-5 電話 042-560-8806		
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		
職業		
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(発生時の状況を図示すること。)		
職員の記入欄		
報告書作成者		
職氏名		

6年 7月 日

比留間運送 株式会社

立川

労働基準監督署長殿

事業者職氏名 代表取締役

比留間 宏明

