

兵 警 協 発 第 194 号
令 和 6 年 3 月 14 日

会 員 各 位

(一社)兵庫県警備業協会
会 長 中 尾 忠 善

令和 5 年度中における労災調査について(要回報)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

みだしの調査について、下記をご確認いただき、あてはまるものについてご回報いただきませうご協力方お願いします。

謹白

記

1 調査項目

警備業に係る業務中または通勤中の従事者の労災事故の発生状況

(警備員のほか、機械警備のメンテナンス技術者・営業員・事務員を含む)

(注)兼業業者の清掃員、運転業運転者等、警備業務以外の従事者は対象外

2 調査対象 等

(1) 調査対象期間 令和 5 年4月1日～令和 6 年3月31日の間

(2) 調査対象範囲 兵庫県下の全営業所

(3) 全会員

3 報告内容

労災あり…労働災害調査表ならびに労働災害発生状況報告書(各人分)

労災なし…労働災害調査表のみ(9 条業者・警備員が 0 人の場合も要回報)

※労働災害発生状況報告書につきましては、被災者1名につき1枚を作成し、文字が不鮮明になるのを防ぐため、必ず E-mail または郵送にて送付してください。

ただし、労災が 0 件で労働災害調査表のみ送付の場合は FAX の利用も可能です。

E-mail(hyokeikyo@gold.ocn.ne.jp) FAX(078-252-0413)

送付先住所

〒651-0087 神戸市中央区御幸通 6 丁目 1 番 12 号三宮ビル東館 8F

4 報告期日 令和6年4月26日(金) 必着

5 その他

(1) 労災調査についての問い合わせは協会事務局にお願いします。

TEL(078-252-0166)・E-mail(hyokeikyo@gold.ocn.ne.jp)

以上

労働災害調査表

※令和6年4月26日(金)必着。本調査表は**全会員必ず提出**してください。

会社名	主たる警備業務の種別 (○をつけてください) 1号・2号・3号・4号・ 機械・その他()
代表者氏名	
所在地	
電話	
警備員数 ※3月末日現在 (警備員名簿のある方)	
人	

◆ 労働保険について 労働保険概算・確定保険料申告書 等を参考にご記入ください。

記入者	氏名	役職			
労働保険加入の有無及び業種 (該当の番号に○)	1. 加入している ⇒ 下記、 労働保険番号 及び 各種区分 を記入してください。 2. 加入していない 理由()				
	1. 専業(警備業) 2. 兼業(ビルメン・運送・その他())				
労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
	-				
各種区分	管轄	保険番号	業種 ※	産業分類	労働保険番号と※の業種は必ず記入してください。
警備業務従事者の 労災事故の有無 (該当の番号に○)	業務災害	1. 無 2. 有 (件 / 名) ※		令和5年4月1日～ 令和6年3月31日の間 ※有の場合は別添「労働災害発生状況報告書」を各人毎に作成の上、郵送または E-mailにてご報告ください。	
	通勤災害	1. 無 2. 有 (件 / 名) ※			

参考：労働保険概算・確定保険料申告書(最上部の一部)

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)(1)(表面)

労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書

31759 石綿健康被害救済法 一般拠出金

標準字体 第3片 OCF

継続事業 (一括有期事業を含む。)

下記のとおりに申告します。

種別 ※修正項目番号 ※人力徴定コード

32701

※各種区分

① 都道府県 ② 所掌 ③ 管轄 ④ 基幹番号 ⑤ 枝番号

① 労働保険番号

② 増加年月日(元号：平成は7)

③ 事業停止等年月日(元号：平成は7)

※事業停止等年月日

④ 常時使用労働者数 ⑤ 雇用保険被保険者数 ⑥ 免除対象高齢労働者数 ※保険関係※片保険理出コード

⑦ ⑧ ⑨ ⑩

労働保険特別会計歳入徴収官殿

・労働保険番号
・各種区分
が記載されています