



様式 1

政府統計

労働災害動向調査

(事業所調査票 令和6年)

秘

厚生労働省

統計法に基づく一般統計調査

この調査票は、統計以外の目的に使用することはありませんので、事実をありのままに記入してください。
調査票の記入に当たっては、別添の「調査票記入要領」をご参照ください。

事業所の名称、所在地

府県	一連番号	産業分類	事業所規模

オンライン
ログイン情報政府統計コード 9NAS
調査対象者ID
初期パスワード

法	人	番	号

※国税庁から指定された13桁の法人番号を記入してください。
(商業登記法に基づく「会社法人等番号(12桁)」を記入しないようご注意ください)

事業所の主な生産品の
名称又は事業の内容ご記入
担当者

所属部課名

電話番号

氏 名

問い合わせ先：

厚生労働省労働災害動向調査事務局

電話番号：0120-●●●-●●●

受付時間：9：00～17：00

「常用労働者※1」について記入してください。

問1. 企業全体(貴事業所を含めた企業全体)の常用労働者数

令和6年12月末日現在の企業全体の常用労働者数について、該当する番号を○で囲んでください。

5,000人 以上	1,000～ 4,999人	300～ 999人	100～ 299人	30～ 99人	10～ 29人
1	2	3	4	5	6

問2. 貴事業所の常用労働者数

令和6年12月末日現在の貴事業所の常用労働者数について、該当する番号を○で囲んでください。

1,000人 以上	500～ 999人	300～ 499人	100～ 299人	50～ 99人	30～ 49人	10～ 29人
1	2	3	4	5	6	7

※1 常用労働者：

期間を定めず又は1か月以上の期間を定めて雇われている者
で、これに該当するパートタイム労働者を含みます。
貴事業所に派遣されている派遣労働者は含みません。

※2 全労働者：

正社員、パート、アルバイト、派遣労働者等名称や雇用形態の
如何を問わず貴事業所で働く全ての労働者のことをいいます。
常用労働者に加え、貴事業所に派遣されている派遣労働者や
1か月未満の期間を定めて雇われている労働者を含みます。

貴事業所の「全労働者※2」について記入してください。

問3. 全労働者数及び延べ実労働時間数

(1) 貴事業所の全労働者数

令和6年12月末日現在の貴事業所の全労働者数を記載してください。

(2) 全労働者の延べ実労働時間数

令和6年1年間の全労働者の労働時間の合計を記載してください。

<以下、記入者確認欄としてご利用ください>

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

問4. 労働災害の発生状況

(1) 労働災害による労働不能程度別死傷者数及び延べ休業日数

令和6年1年間に発生した労働災害の被災者について記入してください。

なお、障害等級や休業日数が確定していない場合は令和7年1月14日時点の見込みにより記入してください。

労働不能程度 項目	①死 亡	②永久全労働 不能(1～3級)	③永久一部労働 不能(4～14級)	一 時 労 働 不 能 (休業日数は、所定休日も含めた暦日数を記入してください。)			⑦合 計
				④休業8日以上	⑤休業4～7日	⑥休業1～3日	
死傷者数	人	人	人	人	人	人	人
延べ 休業日数	日	日	日	日	日	日	日

(2) ③永久一部労働不能(4～14級)の身体障害等級内識別負傷者数

身体障害等級の4～14級に該当する負傷者について、等級ごとの内訳を記入してください。

身体障害 等級別 負傷者数	4級	5級	6級	7級	8級	9級	10級	11級	12級	13級	14級	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(3) 不労災害被災労働者数

被災日に医師の手当を受け、翌日以降1日も休業
しなかった労働者について記入してください。

不労災害被災労働者数	人
うち永久一部 労働不能負傷者数	人

ご協力ありがとうございました。ご記入いただきました調査票は、令和7年1月20日までに同封の封筒にてご返送ください。

様式 2

統計法に基づく一般統計調査



政府統計

事業所の名称、所在地

府県	1	一連番号	2	産業分類	3
----	---	------	---	------	---

オンライン
ログイン情報

政府統計コード 9NAS
調査対象者 I D
初期パスワード

労働災害動向調査

総合工事業調査票 令和6年

調査対象工事現場の労働保険番号				
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

上記労働保険番号に該当する工事現場について
ご回答ください。

この調査票は、統計以外の目的に使用することはありませんので、事実をありのまま記入してください。
調査票の記入に当たっては、別添の「調査票記入要領」をご参照ください。



厚生労働省

※ご記入は黒のボールペンまたは黒インクをお願いします。

工 事 現 場 の 名 称	
主 な 工 事 の 容 内	
記 入 担 当 者	所 属 部 課 名
	電 話 番 号
	氏 名

※問い合わせ先

厚生労働省 労働災害動向調査事務局

電話：0120-●●●●-●●●● 受付時間：9:00～17:00

1. 工事の請負金額

(該当する番号を○で囲んでください。)

10億円以上	5億円以上 10億円未満	5億円未満
1	2	3

4

2. 令和6年の工事日数

工事日数は実際に工事を行った日数（休工日を除いた日数）を記入してください。

調査期間中の工事期間	令和6年 月 日 から 令和6年 月 日 まで
工 事 日 数	日

3. 令和6年の全労働者の延べ実労働日数及び延べ実労働時間数

労働者各人の労働日数と労働時間をそれぞれ全労働者分足し上げた数値をご記入ください。

全 労 働 者 の 延 べ 実 労 働 日 数	日
全 労 働 者 の 延 べ 実 労 働 時 間	時間

5

6

4. 労働災害の発生状況

(1) 労働災害による労働不能程度別死傷者数及び延べ休業日数

令和6年1年間に発生した労働災害の被災者について記入してください。なお、障害等級や休業日数が確定していない場合は令和7年1月14日時点の見込みにより記入してください。

項目	労働不能 程度	①死 亡	②永久全労働 不能(1～3級)	③永久一部労働 不能(4～14級)	一 時 労 働 不 能 (休業日数は、所定休日も含めた暦日数を記入)			⑦合 計
					④休業8日以上	⑤休業4～7日	⑥休業1～3日	
死傷者数		人	人	人	人	人	人	人
延べ 休業日数		日	日	日	日	日	日	日

8

9

10

11

14

12

15

13

16

(2) 永久一部労働不能(上記③)の身体障害等級内訳別負傷者数

身体障害等級の4～14級に該当する負傷者について、等級ごとの内訳を記入してください。

身 体 障 害 等 級 負 傷 者 数	4級	5級	6級	7級	8級	9級	10級	11級	12級	13級	14級	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

(3) 不休災害被災労働者数

被災日に医師の手当てを受け、翌日以降1日も休業しなかった労働者について記入してください。

不 休 災 害 被 災 労 働 者 数	人
うち永久一部労働不能負傷者数	人

28

29

ご協力ありがとうございました。ご記入いただきました調査票は、令和7年1月20日までに同封の封筒にてご返送ください。