

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。

事業所の名称、所在地

府県	1	連番	2	産業分類	3	事業所規模	
----	---	----	---	------	---	-------	--

事業所の名称、所在地に変更がありましたら赤字で訂正をお願いします。

○記入は黒のボールペンまたは黒インクをお願いします。

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。)

主な生産品の名称 又は事業の内容	
記入担当者	所属部課名 電話番号 氏 名

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。

「問1」については、「企業全体」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
(12月末日現在) (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

※調査期間は平成31年1月1日～12月31日です。

(給与締切日で記入する場合には前年の12月の
給与締切日の翌日から本年の12月の給与締切日
までの1年間について記入してください。)

○問い合わせ先

厚生労働省政策統括官付参事官付
賃金福祉統計室 安全衛生第二係
電話：03-5253-1111 (内線) 7669, 7660
受付時間9:30～17:00 (12:00～13:00を除く)

「問2」以降については、「貴事業所のみ」について記入してください。

問2. 貴事業所の全労働者数及び常用労働者数(12月末日現在)

事業所の全労働者数	人
うち常用労働者数	人

問3. 調査期間中(1～12月※)の全労働者の延べ実労働時間数

<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

合計(1～12月※)

全労働者の延べ実労働時間数

問4. 労働災害の発生状況(1～12月※)

(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

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) 永久一部労働不能(上記③)の身体障害等級内別負傷者数

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

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。記入していただきました調査票は、令和2年1月20日までに同封の返信用
封筒に封入のうえ、「厚生労働省政策統括官付参事官付賃金福祉統計室」あてへ提出してください。