

傷害保険事故報告シート

FAX:027-212-7667

ご担当者様： _____ 様

貴社名： _____ 様
※ゴム印でどうぞ

ご連絡先TEL： _____

事故日時： 20__年__月__日 午前・午後 時 分頃

事故場所： _____ 市 _____ 町 _____ 区 _____ 郡 _____ 村 施設名称： _____
都 _____ 県 _____ 区 _____ 郡 _____ 村

おケガをされたときの就業状況： 出退勤途上 移動中 現場内 その他 (_____)

どんな事故ですか？(どのような作業・状況で / どんなおケガをされましたか)

運転以外でおケガ → ① を記入 運転中のおケガ → ①② を記入

1 おケガについて

おケガした方	おケガした方： <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 下請業者 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト	ご住所： 〒 _____ 都・県 _____ 市・区・郡 _____
	フリガナ _____	_____ 町・区・村
お名前： _____ 様	生年月日： 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳	連絡先TEL： _____
おケガの部位： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 腕(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 指(_____ 指) <input type="checkbox"/> その他(_____)		治療費負担： 健保・労災・自賠責 自費・その他(_____)
どのような症状： <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 切傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
現在のご様子： 通院 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し / 入院 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し / 休業 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

病院について	通院・入院先の医療機関： _____	連絡先TEL： _____
	通院・入院先の医療機関： _____	連絡先TEL： _____

2 運転中のおケガ

① 免許証の有効期限：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで有効

② 免許証番号：第 _____ 号

③ 免許証の種類： 中型 普通 自二 原付 その他(_____)

届出 警察署： _____ 担当係官： _____

氏名	_____
本籍	_____
住所	_____
交付	_____
平成004 有効期限①に記入 まで有効	
免許の条件等	_____
番号	_____ 免許証番号②に記入
二小種	平成00年00月00日 _____
他	平成00年00月00日 _____
二種	平成00年00月00日 _____
免許証の種類③に記入	
運転免許証	

心をこめて安心をお届けします。

ご連絡ありがとうございました。
後日必要書類をお知らせ致します。くれぐれもお大事になさって下さい。