

ケア・ワーカー等福祉共済制度 傷害補償 事故報告書
(死亡・後遺障害・入院・通院)

報告日 年 月 日

保険種目：介護労働安定センター団体傷害保険	証券番号※：
-----------------------	--------

※は記入不要

事故の区分	負傷者の事故が次の①または②のどちらに該当するか、○をつけて下さい。	
	① 負傷者は労災保険で補償されない又は労災保険に加入していない	② 負傷者は労災保険で補償される
	①に該当→補償対象	②に該当→補償対象外

※上記②に該当する場合はこの傷害補償の補償対象とならず、保険金の支給もありません（報告書への記入及び提出不要）労災保険での申請をして下さい。
※上記①に該当する場合は、以下に記入し株式会社全福サービスへご提出下さい。

負傷者氏名	フリガナ	年齢	歳	性別	男・女
負傷者住所	フリガナ 〒	TEL			
所属紹介所名		所長名			
コード番号		所属団体（いずれかに○）：	看家協会	未加入	
紹介所住所	〒	TEL			

事故の内容	事故日	年	月	日	午前 午後	時	分頃
	事故場所	都・道 府・県	区・市 郡	町 村			
	事故状況						
傷病治療の内容	傷病部位				傷病名		
	病院名	病院 TEL			担当 医師名		
	入院（見込み・確定）	月	日～	月	日（日間）	後遺障害（見込み）	
	通院（見込み・確定）	月	日～	月	日（日間）	無・有（ ）	

就業中等の事故確認欄

上記事項は、次のとおり就業中等の事故であることを確認いたしました。（該当する事故に○をしてください）

- a. 紹介所によって紹介された仕事に従事中の事故
- b. 紹介所によって紹介された仕事場所との通勤（往復）途上中の事故
- c. 紹介所長の認める研修等に参加中または往復途上中の事故

確認者：紹介所長・求人者・その他（ ）

（署名・捺印）氏名 _____ TEL () -

【被保険者確認欄】（紹介所記入不要）

上記負傷者は、被保険者であることを確認しました。

保険代理店確認印

紹介所受付印

（個人情報の利用の目的）本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。