

# 傷害補償（介護事業者用）事故報告書

（死亡・後遺障害・入院・通院）

報告日      年      月      日

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

以下に事故内容を記入の上、速やかに㈱全福サービス宛にFAXしてください。 \*印は記入不要

○事故報告書送付先：㈱全福サービス TEL：03-3252-2035 FAX：03-3258-8878

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				
コード番号	.....	代表者名	.....		
法人名	.....				
法人住所	〒 ..... TEL				
事業所名	.....				
事業所住所	〒 ..... 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）		
	通院（見込み・確定）	月      日～	月      日（	日間）		
				後遺障害（見込み）		
				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 A～C に○をしてください）

**A. 仕事に従事中の事故**  
**B. 仕事場所との通勤（往復）途上中の事故**  
**C. 研修等に参加中または往復途上中の事故**

確認者：（      ）

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 （署名・捺印）

TEL（      ）      -

**【保険金請求書類の送付先確認】**  
 保険金請求書類の送付は、**1 法人住所 2 事業所住所** に願います。  
 （該当する番号に○印をつけてください。）

**【被保険者確認欄】**

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

（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。