

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(株)全福サービス宛にFAXしてください。 *は記入不要

○事故報告書送付先：(株)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	C				
	代表者名				
法人名					
法人住所	〒				
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）	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 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 _____ (署名・捺印) 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。