

以下に事故内容を記入の上、速やかに上記にFAXしてください。

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)

保険種目:介護労働安定センター 傷害補償制度		証券番号:			
フリガナ		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
負傷者氏名					
フリガナ			電話番号		
負傷者住所					
コード番号	代表者名				
法人名					
法人住所			電話番号		
事業所名					
事業所住所			電話番号		

事故の内容	事故日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時	分頃
	事故場所				
	事故状況				
傷病治療の内容	傷害部位	傷病名			
	病院名	担当医師			
	入院	<input type="checkbox"/> 見込み <input type="checkbox"/> 確定	月 日 ~ 月 日	(日間)	
	通院	<input type="checkbox"/> 見込み <input type="checkbox"/> 確定	月 日 ~ 月 日	(日間)	
	後遺障害	(見込み) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)			

就業中の事故確認欄	
上記事項は、次の通り就業中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にチェックを入れてください)	
<input type="checkbox"/> A: 仕事に従事中の事故 <input type="checkbox"/> B: 仕事場所と通勤(往復)途上中の事故 <input type="checkbox"/> C: 研修等に参加中または往復途上中の事故	
確認者氏名	最初に事故を確認された方のお名前を記入してください
代表者氏名	印
電話番号	
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 法人住所 <input type="checkbox"/> 事業所住所 希望する送付先にチェックをしてください

【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