

FAX 送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

※コピーしてお使いください。

傷害補償制度《紹介所加入型》事故報告書

(死亡・後遺障害・入院・通院)

報告日 年 月 日

紹介所コード				所属団体 (いずれかに○): 看家協会・未加入
所属紹介所名				所長名
紹介所住所	TEL			
会員コード				性別 男・女
負傷者氏名	フリガナ	生年 月日 歳		
負傷者住所	フリガナ	TEL		
	〒			
事故の内容	事故日	年 月 日	午前・午後	時 分頃
	事故場所			
	事故状況			
傷病治療の内容	傷病部位		傷病名	
	病院名	病院 TEL		医師名
	通院(見込み・確定)	月 日 ~ 月 日 (日間)	後遺障害(見込み) 無・有(級)	
	入院(見込み・確定)	月 日 ~ 月 日 (日間)		
	手術(見込み・確定) 無・有 / 固定具使用(見込み・確定) 無・有			
<p>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)</p> <p>a. 紹介所によって紹介された仕事に従事中の事故</p> <p>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</p> <p>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()</p>				
(署名・捺印)氏名 _____ 印 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

(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。

保険代理店確認印