

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。

家政婦傷害補償制度 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：団体傷害補償		
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		
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	
事故の内容	事故日	年 月 日 午前 午後 時 分頃
	事故場所	都県 道府 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 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 _____ ④ 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

--