FAX送信先：株式会社全福サービス（03－3258－8878）　　報告日

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）

フリガナ		昭和 ・ 平成		性別	□男 □女
負傷者氏名		年　月　日			
フリガナ					
負傷者住所			電話番号		
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		□午前 □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	□見込み □確定　月　日 ～ 月　日（　日間）		
	手術	□ 無 □ 有　K コード ：		
	通院	□見込み □確定　月　日 ～ 月　日（　日間）		
	後遺障害	（見込み） □無 □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）

- □ A:仕事に従事中の事故
- □ B:仕事場所と通勤（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	□ 法人住所　□ 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

（個人情報の利用目的）本状記載の個人情報については、保険金支払手続きのために利用させていただきます。