

## 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)

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。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
負傷者氏名		年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
負傷者住所	TEL		
コード番号	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	<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)
	手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
固定具	使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	後遺障害(見込み)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

### 【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)途中中の事故  
 C: 研修等に参加中または往復途中中の事故

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

保険金請求書類の送付先  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。