別紙②

年　　月　　日

株式会社　全福サービス　行
（ＦＡＸ：０３-３２５８-８８７８）

高齢者活躍人材確保育成事業 団体保険事故報告書（ケガに関する保険用）

報告者（被保険者またはその相続人代表者）
住　所
氏　名　　(印)
電　話　　(　　)

以下のとおり事故報告します（報告者は太線枠内のみ記入してください。）。

被保険者の氏名 住所 生年月日	
事故の原因及び状況	(事故日時)　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃 (事故場所) (事故発生状況)
入・通院状況	入院　　日・通院　　日の治療見込み・退院
傷害の部位及び状態	
診断を受けた病院等の名称・所在地等	(名　称) (所在地) 電　話　　(　　)

上記の事故は、下記の間に生じた事故であることを認定します。
なお、保険金請求書は１．報告者　　２．当連合本部 に送付願います。

1	高齢者活躍人材確保育成事業に係る就業体験・講習に参加中
2	高齢者活躍人材確保育成事業に係る講習会場等と被保険者の住所との間の通常経路往復中

(該当番号に〇を付けて下さい)

年　　月　　日

所　在　地

連合本部名

代表者氏名　　(印)