

総合保険代理店 (株)保険ポイント

052-684-7639

事故報告FAX連絡票

下記内容により事故が発生いたしましたので報告します。

貴社名			
ご担当様名			
緊急ご連絡先			

カナ 負傷者氏名	職種	生年月日	(男・女) 歳
カナ 負傷者住所			
負傷者電話/携帯番号	電話	— —	携帯
負傷者会社名	(下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)		
負傷者会社住所	〒 (下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)		

事故 (入院) の 内容	事故(入院)日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分頃
	事故発生場所	市・区 郡	町・村	
	工事名名称	(建設関係の方はご記入下さい)		
	事故発生状況(出来るだけ詳細にご記入下さい)			

傷 害 (疾 病) に つ い て	傷病名					
	治療を受けた病院名及び所在地					
	医療機関名					
	〒					
	TEL	—	—	担当医師名		
	治療費は	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自由診療	<input type="checkbox"/> その他 ()
	傷害状況	<input type="checkbox"/> 打撲	<input type="checkbox"/> 切り傷	<input type="checkbox"/> 捻挫	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> その他 ()
	傷害部位	<input type="checkbox"/> 頭	<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 腕(右・左)	<input type="checkbox"/> 指
	<input type="checkbox"/> 腰	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 脚(右・左)	<input type="checkbox"/> その他 ()		
入院の有無	有り ・ 無し		見込み治療期間	日 / ヶ月		

警察届出の有無	有り ・ 無し	届出警察署	
担当係官名		事故受付番号	

※接骨院・鍼灸院・カイロプラクティックに通院の際は、お支払いできない場合がございますので事前にお問い合わせ下さい。

※お病気の際のご報告はお電話にて担当までご連絡ください。(お病気のコースを選んで頂いている場合)

記入例

052-684-7639

事故報告FAX連絡票

下記内容により事故が発生いたしましたので報告します。

貴社名	有限会社 ○○ 建設			
ご担当様名	総務 栄愛 太郎			
緊急ご連絡先	052-968-5380			
カナ	えいあい じろう	職種	生年月日	(男・女)
負傷者氏名	栄愛 次郎	現場作業	S51.11.18	30 歳
負傷者住所	愛知県名古屋市中区丸の内3-21-20			
負傷者電話/携帯番号	電話	052 - 968 - 5380	携帯	090 - 968 - 5380
負傷者会社名	(下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)			
負傷者会社住所	〒 (下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)			
事故(入院)の内容	事故(入院)日時	18 年 11 月 18 日 (水) 午前・午後 1 時 30 分頃		
	事故発生場所	就業中 ・ 通退勤途中 ・ プライベート		
	工事名名称	愛知県岡崎市 東大友 町・村 3丁目付近		
	事故発生状況(出来るだけ詳細にご記入下さい)	〇〇中学校耐震補強工事 (建設関係の方はご記入下さい)		
傷害(疾病)について	傷病名(分かれればご記入下さい。)	左第一中指骨開放性骨折		
	治療を受けた病院名及び所在地	岡崎市民病院		
	医療機関名	〒 444-0000 愛知県岡崎市高隆寺町〇〇〇字〇〇-〇〇		
	TEL	0564 - 11 - 1111	担当医師名	栄合 三郎
	治療費は	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input checked="" type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> その他()		
	傷害状況	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()		
傷害部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腕(右・左) <input type="checkbox"/> 指 <input checked="" type="checkbox"/> 脚(右・左) <input type="checkbox"/> その他()			
入院の有無	有り ・ 無し	見込み治療期間	日 / 1 ヶ月	
警察届出の有無	有り ・ 無し	届出警察署		
担当係官名		事故受付番号		

※接骨院・鍼灸院・カイロプラクティックに通院の際は、お支払いできない場合がございますので事前にお問い合わせ下さい。

※お病気の際のご報告はお電話にて担当までご連絡ください。(お病気のコースを選んで頂いている場合)