

送付先：(株)全福サービス FAX：03-3258-8878

## 傷害補償（介護事業者用）事故受付票

（死亡・後遺障害・入院・通院）

報告日 年 月 日

保険種別：介護労働安定センター団体傷害保険

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。

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			
コード番号	法人又は事業所コード	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	午前 午後	時	分頃
	事故場所	都・道 府・県	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		担当 医師名		
	入院	見込み・確定	月 日～	月 日 ( 日間)	
	通院	見込み・確定	月 日～	月 日 ( 日間)	
	手術	無・有 ( Kコード )	後遺障害 (見込み)		
	固定具	使用 無・有	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A～Cに○をしてください)

- A. 仕事に従事中の事故
- B. 仕事場所との通勤（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：( )

代表者氏名 \_\_\_\_\_  
(署名・捺印)

TEL ( ) -



### 【保険金請求書類の送付先確認】

保険金請求書類の送付は、**1 法人住所 2 事業所住所** に願います。

(該当する番号に○印をつけてください。)

保険代理店確認印

(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。