

FAX 送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

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。

ケア・ワーカー等福祉共済制度 傷害補償 事故報告書  
(死亡・後遺障害・入院・通院)

報告日 年 月 日

保険種目:介護労働安定センター団体傷害保険	証券番号※:
-----------------------	--------

※は記入不要

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	〒			
所属紹介所名	TEL		所長名		
コード番号	A	所属団体 (いずれかに○): 看家協会 未加入			
紹介所住所	〒				
	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	病院 TEL			担当 医師名		
	入院 (見込み・確定)	月	日	~	月	日 (日間)	後遺障害 (見込み)
	通院 (見込み・確定)	月	日	~	月	日 (日間)	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。(該当する事故に○をしてください)

- 紹介所によって紹介された仕事に従事中の事故
- 紹介所によって紹介された仕事場所との通勤(往復)途上中の事故
- 紹介所長の認める研修等に参加中または往復途上中の事故

確認者: 紹介所長・求人者・その他 ( )

(署名・捺印) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ TEL ( ) -

【被保険者確認欄】(紹介所記入不要)

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

紹介所受付印

(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。