

## 傷害保険用 事故報告書

報告日 20 年 月 日

ご契約者名		負傷者氏名	ワガナ		
		男 女	生年月日	年	月 日

**おケガをされた日時と状況**

日時	20 年 月 日	午前 午後	時	分頃
場所	都 道 府 県	市 区 郡	市 村	
何をしているときに、どのようなおケガをされましたか				

**おケガについて**

傷病名		治療費	健保 自費	国保 その他( )	労災
入院期間	月 日 ~ 月 日	日まで	入院中		
通院について	通院中 治癒 中止				
手術はしましたか	はい いいえ 予定				
手術名	( )				
病院名			TEL		
病院名			TEL		
病院名			TEL		
固定具使用はありますか	ギブス	ギブスシャーレ	その他( )		

**出退勤途中および移動中におケガをされた場合ご記入ください**

時刻( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
自宅・会社・現場 その他( )	⇒ ( )	⇒ ( )	⇒ ( )	⇒ 自宅・会社・現場 その他( )

**おケガをされた方が建設業下請負人の場合下記にご記入ください**

・請負工事の流れが分かるように、下記( )に全ての下請会社名をご記入ください

ご契約者	1次下請会社名	2次下請会社名	3次下請会社名
→	( )	→ ( )	→ ( )

**事故連絡先**  
 株式会社 保険マイスター  
 名古屋市東区徳川1-15-30 名古屋リザンビル8階  
 TEL 052-930-7680

**返信先FAX**

052-930-7682