

## 傷害保険用 事故報告書

報告日 20 年 月 日

ご契約者名	ご契約者名	フカナ
		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 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	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 労災
入院期間	月 日 ~ 月 日まで	<input type="checkbox"/> 入院中		
通院について	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止			
手術はしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 予定			
手術名	( )			
病院名 ①	TEL			
病院名 ②	TEL			
病院名 ③	TEL			
固定具使用はありますか	<input type="checkbox"/> ギブス	<input type="checkbox"/> ギブスシャーレ	<input type="checkbox"/> 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	3次下請会社名
	( )	( )

事故連絡先  
株式会社 保険マイスター  
春日井市旭町3-10-2

TEL 0568-37-1102

返信先FAX

0568-37-1103