傷害保険　事故報告シート

**総合保険代理店　ＣＲＥＡＴＥ　宛　　　　　　　ＦＡＸ　０３－6272－5517**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご連絡先 |  |

■お怪我をされた方について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  |  | 生年月日  性別 | 年　　　月　　　日  　　　（　　　歳）　男性・女性 |
| お名前 |  |  |
| ご住所 |  | 〒　　　　- | | 連絡先 |
|  | 契約者との関係  役員・従業員・下請・その他（　　　　） |

■事故の内容について

|  |  |
| --- | --- |
| 事故日時 | 年　　　月　　　日（　　曜日）　　／　　　午前・午後　　　時　　　分　ごろ |
| 事故発生場所 | 区・市　　　　町　　　丁目の　会社・現場・資材置場・路上・その他（　　　　　） |
| 事故の状況（内容） | 具体的に何をしている時にどうなったのか |

■お怪我について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| おケガの場所 | 頭・顔・首・背中・腰・腕・右手（指）・左手（指）・脚・その他（　　　　　　） | | |
| おケガの内容 | 切断・骨折・捻挫・打撲・切傷・その他（　　　　　　　　　） | | |
| 入院の有無 | なし・あり　（　　　　日位） | 手術の有無 | なし・あり（　　　　　　　　　） |
| 治療期間 | （　　　　）日・週・月　くらい | 治療費 | 労災・国保・健保・自費・その他 |

■病院について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 連絡先 |  |
| 所在地 |  | | |
| 初診日 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） |  | |

■交通事故の場合

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 警察への届出 | なし・あり | 所轄署名 |  | 担当者名 |  |