

傷害 事故報告 カード(建設業用)

会社名・連絡先 (ご担当者)		TEL ()	
労働基準監督署への報告		有 ・ 無	
事故日	年 月 日	午前・午後	時 分
工事名			
事故場所	〒	都 市 区 町 村	道 郡

「事故状況」			

おケガをされた方 (被保険者)	(フリガナ) 氏名		男 ・ 女
	生年月日	M T S H 年 月 日	年齢
	住所 (〒)		
	TEL ()		
所属 (自社従業員 ・ 下請従業員) 職種 ()			
傷害部分	頭部 ・ 頸部 ・ 腕 ・ 脚 ・ 手 ・ 足 ・ その他 ()		
症状	打撲 ・ 捻挫 ・ 骨折 ・ 脱臼 ・ 火傷 ・ 切創傷 ・ その他 ()		
疾病名			
病院名	A	病院 ・ 接骨院	入院した場合で手術の有無
	TEL		有 ・ 無
	B	病院 ・ 接骨院	有の場合の手術名
	TEL		
現状態	治療中 ・ 治療済		[全治 ヶ月・日間]
治療状況	入院	月 日 ~ 月 日	[予定・退院]
	通院	月 日 ~ 月 日	

株式会社 NJK保険サービス

TEL 06-6202-1911

FAX 06-6202-1955