

FAX 0796-43-2290

業務災害補償保険事故連絡票

コピーをしてご使用ください

貴社名		証券番号	
貴社住所			
ご担当者様	部署名	お名前	様
	電話番号	FAX 番号	
事故日時	20 年 月 日	時 分頃	
事故発生場所(住所)			
ケガをした人の名前	様		
ケガをしたのは	役員・従業員・下請作業員・アルバイト・その他()		
ケガをした状況		
		
		
		
		
ケガの内容		
		
		
		
		
入院の有無	有・無		
備考		
		
		
		

※この事故連絡票に記載された個人情報は、みのり保険事務所プライバシーポリシーに基づき、定められた利用目的の範囲内で利用させていただきます。

事業主・役員・従業員およびパート・アルバイト、建設業の下請作業員がケガをした場合等にこちらの事故連絡票をご記入ください。