さわやか保険プラン株式会社行　（**FAX：0284-65-0245**　TEL：0284-64-0332）

**業務災害報告書**

**業務災害が発生したら、下記事項を確認して直ちにご連絡ください。**

|  |
| --- |
| **ＦＡＸ：0284-65-0245** |
| 日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分頃 |
| 受傷者 | 氏名 | かな　 |  |
| 漢字　　 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日生まれ |
| 住所（地番まで） | 　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　市・区・郡 |
|  |
| 事故発生場所 | 場所（町村名まで） | 　　　　　　　　　都　道府　県市　区郡　 |
| 施設名または現場名 | 町村 |
| 事故時の状況 | 負傷部位と状況（例：右足首捻挫） |  |
| 事故時の状況をご記入ください |  |
|  |
|  |
|  |
| 通院の状況 | 通院先 | 病院名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| 初診日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 治療費について | （該当に〇を）⇒　労災　・　健康保険　・　健康保険使用せず　 |
| 連絡先 | 貴社名 |  |
| 担当者様 |  | ＴＥＬ |  |