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 |  |