

連絡先ファックス番号

03-3518-6585

下記内容をご記入の上、互助会へ送信下さい。

労 災 上 積 み 事 故 連 絡 票 速報用

一般社団法人 全国建設業労災互助会 御中

会員会社

住所：_____

(JVの場合はJV名)

社名：_____

(部署) 担当者名：_____

会員番号：_____

電話：_____

()

ファクス：_____

()

発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃
場 所	(都道府県)
工事の種類	
事故発生の原因・状況	
死 亡	<small>シメイ</small> 氏名 _____ 生年月日 年 月 日 () 歳
後遺症	職種 () 対象被用者 (従業員・下請人の従業員・特別加入者・他)
入 院	被災者の状態： _____
休 業	後遺障害第 () 級見込み

指定代理店を通じた契約につきましては、下記欄に「指定代理店連絡先」を必ずご記入下さい。

指 定	指定代理店名： _____ 担当者名： _____
代理店	住 所： (〒) _____
連絡先	電話番号： () () _____ ・FAX： () () _____