

連絡先ファックス番号

03-3518-6585

下記内容をご記入の上、互助会へ送信ください。

新労災(傷害プラン) 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：

社名：

(部署) ご担当者名：

会員番号：

電話：

ファックス：

発生日時	西暦	年	月	日	午前 午後	時	分頃
事故場所		都道 府県					
工事の種類							
事故発生 の原因・ 状況							
補償種類	死亡・後遺障害・入院・通院・休業・使用者賠償・その他（						
氏名	生年		西暦・大正 昭和・平成	年	月	日	歳
職種							
ケガ の程度	後遺障害 有・無						級 見込み
補償対象者区分	従業員	貴社役員	個人事業主本人	下請負人およびその構成員	出向者	その他	

指定代理店を通した契約につきましては、下記欄に「指定代理店連絡先」を必ずご記入ください。

指定	指定代理店名：	ご担当者名：
代理店	住所：〒	
連絡先	電話番号：	ファックス：