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。

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）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		
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	休業補償	入院見舞金	使用者賠償
被災者	氏名　　生年月日 西暦・大正 昭和・平成　　年　　月　　日　　歳				
	職種				
	被用者区分	従業員	下請従業員	下請一人親方（特別加入者）	下請役員（特別加入者）
		役員（特別加入者）	政府労災未加入者	その他（	
	被災者の状態：				
	後遺障害第　　級見込み				

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。

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