

# 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 住所：  
員  
会 社名：  
社

(部署) ご担当者名：

|           |  |
|-----------|--|
| 会員番号：     |  |
| 必ずご記入ください |  |

|      |        |
|------|--------|
| 電 話： | ファックス： |
|------|--------|

|                |                |            |          |             |          |          |           |
|----------------|----------------|------------|----------|-------------|----------|----------|-----------|
| 発生日時           | 西暦             | 年          | 月        | 日           | 午前<br>午後 | 時        | 分頃        |
| 事故場所           |                | 都 道<br>府 県 |          |             |          |          |           |
| 工事の種類          |                |            |          |             |          |          |           |
| 事故発生の<br>原因・状況 |                |            |          |             |          |          |           |
| 就業中<br>就業中以外   |                |            |          |             |          |          |           |
| 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             | 生年月日           |            | 西暦<br>昭和 | 大正<br>平成    | 年        | 月        | 日 歳       |
| 職種             |                |            |          |             |          |          |           |
| ケガ<br>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 | 出向者      | その他      |           |
| 入院見込期間         | 年              | 月          | 日 ~      | 年           | 月        | 日 までの見込み | 手術の有無 有 無 |
| 休業見込期間         | 年              | 月          | 日 ~      | 年           | 月        | 日 までの見込み |           |
| 備考             |                |            |          |             |          |          |           |

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： |  |
| その他<br>連絡事項 |         |  |        |  |