

連絡先ファックス番号

03-3518-6585

FAXの番号誤りにご注意ください

下記内容をご記入の上、互助会へ送信ください。

第三者賠償事故連絡票

一般社団法人 全国建設業労災互助会 御中

※記載された個人情報を貴会が指定する損害保険会社に提供することに同意のうえ報告します

会
員
会
社

住所：

社名：

(部署) ご担当者名：

必ずご記入ください	
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	例 建物新築工事							
事故発生 の 原因状況								
適用保険種類	請負賠償事故	生産物賠償事故	施設賠償事故	受託物賠償事故	昇降機賠償事故			
事故形態等 (該当する場合)	リース・レンタル建設用工作車 仕事の目的物	地盤崩壊 データ損害	工事完成遅延損害	物理的損害を伴わない物使用損害				
第三者賠償 補償 制度	対人 被害者	氏名	生年月日	西暦 大正	昭和 平成	令和	年 月 日 歳	
		職業	性別					男性 女性
		住所	電話					
		ケガの 程度						
対物 被害物件	所有者名							
	所有者住所							
	所有者電話番号							
	被害物件 及び被害程度							
保険会社からの希望連絡先	代理店	会員	その他	関係	連絡先			
代理店との希望連絡方法	電話(下記番号に同じ)	LINE	メール(アドレス)					
保険金請求書類について	必要	送付先	代理店宛	会員宛	その他	不要		

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 連絡事項		