

連絡先ファックス番号

0 3 - 3 5 1 8 - 6 5 8 5

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。

新労災(傷害プラン) 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 場所	西暦	年	月	日	午前 午後	時	分頃
		都府 道県					
工事の種類	例 道路工事 等						
事故発生の 原因・状況	業務中 出退勤途上 業務外（24時間補償）						
補償種類	死亡 その他（	後遺障害	入院保険金	通院保険金	使用者賠償	休業補償	
補償 対象者	氏名：	生年月日	西暦 大正	昭和 平成	年	月	日 歳
	職種：	例 塗装工等					
	対象者区分：	従業員	パート	アルバイト	加入者役員・個人事業主	下請従業員・役員	
	ケガの程度：						
	治療見込期間：	全治	か月程度	後遺障害見込	なし	あり	級程度
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 連絡事項		