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。

労災上積み事故連絡票

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　JVの場合はJV名　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 ○府 ○道 ○県					
工事の内容							
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 ○昭和 ○大正 ○平成	年　月　日　歳				
	職種						
	被用者区分	□ 従業員 □ 下請従業員 □ 下請役員（特別加入者）	□ 会員会社役員（特別加入者） □ 下請一人親方（特別加入者）	□ 政府労災未加入者			
	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：
その他連絡事項		