連絡先ファックス番号

０３－３５１８-６５８５　FAX 番号の間違いにご注意ください

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

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：