

このページをコピーしてご使用ください

ソウェルクラブ保険部 行
 (福利厚生センター)
 (FAX:03-3294-6817)

都道府県コード	契約者コード	事業所コード
130	9990	002

就業中、通退勤中の事故によってケガをしてに入院した場合
 黄色のマーカー部に赤字を参考に記入してください
 (※共済事業では通院は支払対象外となっています)

法人施設名	社会福祉法人福利厚生会
送付先住所	東京都千代田区神田小川町1-3-1
電話	03-3294-6814
担当者	桜田 一郎

事故報告書

事故受付後の送付先、ご担当者をご記入ください

記入年月日 2021年4月4日

報告の種類 (該当のものに○)	共済事業関係 (会員死亡・高度障害・後遺障害・配偶者死亡弔慰金: 傷害入院)		
任意加入型 (団体生命・医療保障・傷害保険・入院保険・がん保険)	任意加入型 (団体生命・医療保障・傷害保険・入院保険・がん保険)		
事故の種類	死亡・ 入院 ・ 手術 ・通院・賠償責任 病気 (けが ・交通事故・その他 ())		
加入者	フリガナ	フクリ ハナコ	職種 介護職員
	氏名	福利 花子 (30才)	会員番号(下6桁) 000015
	住所	〒104-0052 東京都中央区月島 ×-×-×-××× (自宅) ☎ 03-××××-×××× (勤務先) ☎ 03-××××-××××	
事故対象者	フリガナ		生年月日 T・S・H 2年 5月10日(30才)
	氏名	(加入者と同じ場合は不要)	
	住所	〒 (自宅) ☎ (勤務先) ☎	
	加入者との関係	本人 ・配偶者・子供・同居の親・その他 () ※任意加入型の家族傷害の場合・被保険者本人と(同居している/別居している)	
事故発生日(死亡日)	2021年4月2日 午前 ・午後7時50分頃		
事故場所 (病気の場合は不要)	東京都千代田区神田小川町1-3-1 法人事務所		
事故発生状況 (病気の場合は不要)	就業時 ・出勤中・退勤中・賠償責任・その他 () 脚立で、事務所内のファイル整理をしていたところ、 バランスを崩し、脚立から落下し右手首を骨折した。		
傷害の部位	頭・顔・頸・胸・背・腹・腰・ 腕 右 ・左・足(右・左)・その他 ()		
けがの状態	骨折 ・捻挫・打撲・すり傷・きり傷・火傷・その他 ()		
病名	右橈骨遠位端骨折		
病院名	小川町クリニック		
治療期間(見込)	入院期間(見込・ 確定)	2021年4月2日～2021年5月30日	
	通院期間(見込・確定)	年 月 日～ 年 月 日	