

使用者賠償事故報告書 労災事故の賠償対応

分かる範囲で記入後059-350-2157にFAXしてください

事故発生日時	年 月 日		AM・PM	:
事故発生場所	市・郡		町	
警察への届出	有・無	届出警察	届出日	
事故発生の原因・状況？				
被災者	氏名 _____ (大・昭・平) ____年__月__日生 (____)歳 住所 (_____ 電話 (_____ 被害の状況 入院・通院 病院名 おケガの箇所 (_____ 状況など			
被災者の要望				
事故報告者	会社名			
	担当者		連絡先	
当社使用欄	受付者		受付日時	
<input type="checkbox"/> 事故受付時に受付者が分かる範囲で記入				
<input type="checkbox"/> 契約者にFAX				
<input type="checkbox"/> 契約者から記入完了後のFAXを受け付ける				
<input type="checkbox"/> SCIにFAX SCへ のお願い保険金請求書類はフィット総合保険に送ってください				