お怪我の事故受付の質問書(わかる範囲でご記入ください)

FAX096-285-3652 (株)ライフアース 行

ご契約者(お名前)		連絡先	

◆お怪我をされた方について

お名前	(ふりがな)	生年月日 性別	年 月 日 (歳) 男性・女性
住所	〒 -		
連絡先			
契約者との関係	本人 ・ 役員 ・ 従業員 ・ 下請け ・ その他( )		

◆事故の内容について

事故日時	年 月 日(曜日) 午前・午前 時 分 ごろ
事故発生場所	
事故の状況(内容)	例)〇〇作業中、足場から転落し、右手から落ちてしまい、右手首を骨折した。

◆お怪我について

おケガの場所	頭 ・ 顔 ・ 首 ・ 背中 ・ 腰 ・ 腕 ・ 右手(指) ・左手(指)・ 脚 ・その他( )		
おケガの内容	切断 ・ 骨折 ・ ねんざ ・ 打撲 ・ 切傷 ・ その他( )		
入院の有無	なし・あり(日)くらい	入院の有無	なし・あり( )
治療期間	( )日・週・月くらい	治療費	労災・国保・健保・自費・その他

◆病院について

病院名		連絡先	
所在地			
初診日	年 月 日		

◆交通事故の場合

警察への届出	なし・あり	所轄署名		担当者	