**傷害保険　事故報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯電話： |
| e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **お怪我をされた方** | | **お怪我の内容** | |
| （フリガナ）  氏名 | 男性　／　女性 | 部位 | 頭・顔・首・背中・腰・腕  右手（指）・左手（指）  脚（右／左）・その他（　　　　　） |
| ご連絡先 | 電話番号：  携帯電話： | 病名 |  |
| ご住所 | 〒　　　- | 症状 | （治療中／完治） |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 医療機関名：  初診日：　　　　　　　　年　　　月　　　日  入院：無／有（　　　　　　　　　　　　　日間）  手術：無／有（手術名　　　　　　　　　　　　） | |
|  |  |
| 治療費 | 労災・国保・健保・自費・その他 |
| 治療期間 | （　　　　　）日間／週間／ヶ月 |

|  |  |
| --- | --- |
| **事故の内容** | |
| 事故日時 | 年　　　　月　　　日〈　　曜日〉　午前/午後　　　時　　　分ごろ |
| 事故発生場所 | 会社内・現場内・現場への移動途上・通勤途上・その他（　　　　　　　　　　）  区・市　　　　　町　　　　丁目　　　　番地 |
| 事故状況・原因 | ＊具体的にご記入下さい。  （どのような時に、何をして、何が、どうなったか　など） |
| 交通事故の場合 | 届出：無／有　　　　　所轄署名：　　　　　　　　　担当： |

**株式会社　Heart Island宛　担当：　　　　　FAX：0422-24-9613**