

(有) エル・サポート・福井 御中

## 事故報告書

所属所名

担当者  
(報告者)

保険の種類	生活サポートプラン・医療保障・Wide医療・職場復帰・三大疾病・傷害総合・所得補償					
組合員氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者番号
住所	〒		自宅	Tel ( ) -		
			日中連絡先	Tel ( ) -		
フリガナ 受傷者氏名	男・女	生年月日	昭平令	年	月	日 才 続柄
発生日	平成 令和	年	月	日	午前・午後	時頃 同居別居の別 同居 別居
発生場所					警察・消防 届出	署
傷病・疾病名					良性 悪性 診断	良性 悪性
傷病の程度	入院	/	~	/	・ 通院	/
	手術日	/	手術名			
	固定具	無	・ 有	固定具名		
	休業期間	/	~	/	・ 仕事開始日	/
医療機関						
傷病事故 損害の 原因 状況						
損害品名	修理代 又は購入代		請求書の 送付先			