

令和 年 月 日

(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・医療保障・Wide医療・職場復帰・治療費・三大疾病・傷害総合・長期所得・所得										
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	続 柄
発 生 日	平成 年 月 日 午前・午後 時頃 令和 発生日現在、妊娠していますか。 はい・いいえ								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				

有限会社 エル・サポート・福井
福井市西開発4丁目202番1 福井県自治会館5階
TEL (0776) 52-0133 FAX(0776) 52-0134