

ケガ(災害)発生連絡票

FAX(06-6949-3319)に送信
もしくはご郵送ください。

「個人情報の取扱いについて」を確認のうえ、以下のとおり連絡します。

会 員 情 報			
会員番号		事業所名	
代表者名	(ふりがな)	担当者名	(ふりがな)
ご連絡先	TEL	—	— (※日中ご連絡させていただく場合があります)

負 傷 者 お よ び 負 傷 の 内 容			
負傷者氏名	(ふりがな)	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
負傷日時	令和 年 月 日 ()	午前	午後 時 分
負傷部位	(※複数箇所を負傷されている場合は、すべての箇所をご記入ください。【例】「右手首と左足首」など)		
発生状況	(①どこで何をしている時に) 都道 府県 【例】公園を散歩していて	(②何が起きて) 【例】小さな段差に躓いて	(③どうなったか) 【例】転倒し、右手首を骨折した
※1 傷病名 (診断名)	(※複数箇所を負傷されている場合は、すべての傷病名をご記入ください。【例】「左足首の骨折」と「頭部打撲」など)		
事故発生時の状況	業務中 ・ 業務外 ・ 通勤中		
※2 医療機関名①	(通院 ・ 入院)		
医療機関名②	(通院 ・ 入院)		
要介護認定 の取得状況	要介護認定なし ・ 要介護認定あり (要介護認定日 年 月 日) (※要介護認定を受けられている場合、要介護度と要介護認定日をご記入ください。【例】要介護3 令和2年7月3日～)		

※1 ご病気(加齢性のものを含む)や使い痛み、事故の日時、状況が不明確なものは補償対象ではありません。

【例】「腱鞘炎」、「腰痛」、「関節炎」、「テニス肘」、「変形性膝関節症」、「椎間板ヘルニア」、「脊柱管狭窄症」など

※2 対象となる医療機関は病院、接骨院(整骨院)です。鍼灸院、治療院、整体などは対象になりません。

(注)この連絡票は、ケガの発生に係る連絡を行うためのものであり、本状のみでは請求は完了したことになりません。
また、事故の内容確認のため、日本フルハップよりお電話を差し上げることがあります。
なお、補償内容等につきましては、ホームページ及び会員ハンドブックをご確認ください。