

※事故発生日から30日以内に、この速報で事故状況をお知らせください。

全労連共済 御中

FAX : 03-5842-3752

事故状況報告書(速報)

下記のとおり、事故が発生したことを取り急ぎ報告いたします。

| | | | | |
|----------------------------|--|-----|------------------------------------|------------|
| 被災者 (被共済者) | 共済会コード | | 共済会名 | |
| | 加入者コード | | 被共済者氏名 | |
| 加入している 共済種目 | 1. 労働組合活動事故見舞共済 <input type="checkbox"/> ①型 <input type="checkbox"/> ②型 <input type="checkbox"/> | | | |
| | 2. 生命 組織 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> | | | |
| | 3. 交通災害 組織 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> | | 4. その他() <input type="checkbox"/> | |
| 事故発生日時 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 時 分頃 |
| 事故発生場所 | | | | |
| 事故種別 | 1. 交通事故 | | 2. 交通事故以外 (業務中・業務外) | |
| | 1. 組合活動中 | | 2. 組合活動外 | |
| 事故原因 および 発生状況 | | | | |
| ケガの状況 | | | | |
| 受傷後の処置 (病院への 移送方法など) | 病院名 | TEL | () | |
| 警察等への 事故の届出 | 1. あり () 警察(署) | | 2. なし | 3. 不明 |
| 被共済者の 過失の有無 | 1. あり () | | 2. なし | 3. 不明 |

報告日 年 月 日

共済会名

担当者氏名

担当者連絡先

加入者の皆様の個人情報、法令等により開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。