

年 月 日

全労連共済 御中

傷害事故発生証明書

被災者 (被共済者)	氏名	西暦	年	月	日生
	住所:			満	歳
	電話:				
事故発生日時		年	月	日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃)
事故発生場所					
事故の状況 (事故発生状況を詳しくご記入ください)					
受傷後の処置 (病院名、病院電話番号、病院への移送方法等)					
<目撃者の方が記入してください> 目撃者が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない					
上記の事が事実と相違ない事を証明します。 年 月 日					
証明者	住所:〒				
	氏名(自署):	TEL:			
	被災者との関係:				
上記の事が事実と相違ない事を確認します。 年 月 日					
	共済会名:				印
	代表者氏名:				

目撃者がいない場合は不要です。

※交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください

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。