

業務災害報告書

分かる範囲で記入後059-350-2157にFAXして下さい

氏名	フリガナ		男女	生年月日	S・H	年	月	日	
	名前								
住所									
連絡先	自宅		携帯						
事故日時	年 月 日			AM	PM	:			
事故場所									
事故状況?	<input type="checkbox"/> 骨折・ <input type="checkbox"/> 打撲・ <input type="checkbox"/> 捻挫・ <input type="checkbox"/> その他() ケガをした箇所・・・ 原因								
病院名									
入院	あり	/ ~ /	手術	あり	/ ~ /	日間			
	なし	日間		なし	手術名				
通院	あり	/ ~ /							
	なし	日間							

お客様にお願い

申請の為に、診察券のコピーが必要

通院した日をメモしておいてください

完治したら、連絡してください
 TEL: 059-350-2150 メール: fito-sogo@tenor.ocn.ne.jp
 FAX: 059-350-2157

事故報告者	会社名						
	担当者				連絡先		
当社使用欄	受付者				受付日時		

事故受付時に受付者が分かる範囲で記入

契約者にFAX

契約者から記入完了後のFAXを受け付ける

SCIにFAX SCへのお願い保険金請求書類はフィット総合保険に送ってください

フィット総合保険