

火災・傷害・新種事故報告書

フォーユーシステム(株) 行

【注】 該当する箇所に☑印を付けて下さい。

報告日	平成 年 月 日 () 時 分	報告者				
契約者名				被保険者名		
他社契約	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なり	会社名	保険種類	証券番号	保険目的	保険金額
						千円

事故の内容

事故日	平成 年 月 日 () 時 分	事故場所	市・郡・区			
状況				届出先	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 警察署 <input type="checkbox"/> 消防署 <input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> 労基署	
				免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
加害者	氏名	職業	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 ☎ () -		
保険会社	名称	<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 自賠	担当者	☎ () -		

受傷者

氏名	<input type="checkbox"/> 契約者に同じ	職業				
			生年月日	T・S・H	年 月 日	才
住所	〒			昼間	☎ () -	
				夜間	☎ () -	

物の損害 (物損・対物賠償・盗難)

損害物	名称	購入年月				
			購入価格			
	車両の時 車種	年式	登録番号			
損害程度	<input type="checkbox"/> 全損 <input type="checkbox"/> 分損 <input type="checkbox"/> 微損 箇所 []		損害見込額	約	円	
修理先	名称	☎ () -				
	担当者	搬入予定日	月 日	<input type="checkbox"/> 搬入済 <input type="checkbox"/> 搬入予定		

人の損害 (傷害・疾病・対人賠償)

ケガ・病気の内容			病院	名称	☎ () -	
治療状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	初診日：平成 年 月 日	休業・休学	<input type="checkbox"/> 休業	日間	
		治癒日(見込み)：平成 年 月 日	見込	<input type="checkbox"/> 休学	日間	
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 脚 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 臓器					
傷害態様	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腰椎損傷 <input type="checkbox"/> 神経損傷 <input type="checkbox"/> その他 ()					
傷害程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害のおそれ		重傷 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上		軽傷 <input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 2週間以内	