



ワカバ・インシュアランス行 **FAX: 043-309-8205**

労災事故・疾病 報告書

作成日	年 月 日
会社名	
ご担当者様名	
TEL	

事故発生日時	年 月 日 時 分頃
疾病入院日(予定)	年 月 日
事故発生場所	
受傷者	カナ 氏名 生年月日
	住所 〒
	連絡先 (自宅・携帯)

ケガの場合	労災の使用 有・無	休業 有・無	入院 有・無
	状況 (事故時の状況・受傷部位・治療内容などを詳しくご記入下さい)		
病気の場合 1週間に3日以上かつ 15時間以上勤務して いる方が対象です	状況 (病名などを詳しくご記入下さい)		
医療機関	医療機関名		
	住所 〒		
	TEL		

※後日、担当よりご連絡いたします。