**賠償保険　事故報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯電話： |
| e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **対人（被害者）** | | **対物（破損物）** | |
| 氏名 |  | 物品名 |  |
| ご連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯電話： | 修理見積 | 無／有  ※有の場合はFAXにて同送下さい。 |
| 治療費 | 労災・国保・健保・自費・その他 | 修理金額 | 円 |
| 入院の有無 | 無／有（　　　　　　　　　　日位） | 修理業者名  担当者名 |  |
| 手術の有無 | 無／有（手術名：　　　　　　　　） |
| 治療期間 | （　　　　　　　）日間／週間／ヶ月 | 修理業者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯電話： |
| 受傷部位 |  |
| 症状 |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **事故の内容** | |
| 事故日時 | 年　　　　月　　　日〈　　曜日〉　午前/午後　　　時　　　分ごろ |
| 事故発生場所 | 区・市　　　　　町　　　　丁目　　　　番 |
| 事故状況・原因 | ＊具体的にご記入下さい。  （どのような作業中に、何をして、何が、どうなったか　など） |
| 被害者からの要求事項 | ＊何か要求されている場合は具体的にご記入下さい |

|  |  |
| --- | --- |
| **必要書類** | |
| 損害写真 | 無／有 |
| 請負契約書 | 無／有 |
| 保険金支払先 | □被害者へ保険会社より直接支払い希望　□契約者様より被害者へ支払い希望  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　→支払い明細書や領収書をご用意下さい |

**株式会社　Heart Island宛　担当：　　　　　FAX：0422-24-9613**