

FAX 03-6897-8819

JIO友の会総合保険
(建設・賠償責任保険)

事故連絡票

コピーをしてご使用ください

ご加入事業者名			
ご加入事業者住所		〒	
ご担当者様	部署名		お名前
	電話番号		F A X 番号
	携帯番号など	←平日の昼間にご担当者様と連絡が取れる番号をご記入ください	
ご契約のお支払方法	一括払 ・ 分割払	保険始期日	20 年 月 日
事故発生場所(住所)	〒		
工事名	新 築 ・ リフォーム		
被害者名	リフォームの場合は工事範囲をご記入ください (例: トイレ改修)		
事故日	20 年 月 日		
請負工事期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
事故状況		
事故原因		
事故状況 (作業箇所、損害箇所・範囲等) を 図示してください。		損害物または被害者(物)の内容・程度	
		

- ※ わかる範囲でご記入の上、F A Xをしてください。
- ※ 事故の詳細については、改めて「事故報告書」をご提出いただくことがあります。
- ※ 賠償責任を補償するご契約の場合、賠償事故にかかわる示談につきましては、必ず損保ジャパンにご相談のうえ、交渉をおすすめください。
事前に損保ジャパンにご相談なく示談された場合は、保険金の金額または一部をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
- (注) この保険には、示談代行サービスはありません。相手方との交渉につきましては、損保ジャパンと相談いただきながら記名被保険者ご自身で交渉をすすめていただくこととなります。

事故連絡票 記入例

JIO友の会事務局

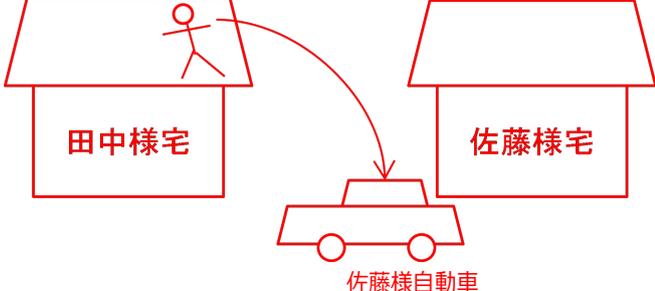
2025年12月12日

FAX 03-6897-8819

JIO友の会総合保険
(建設・賠償責任保険)

事故連絡票

コピーをしてご使用ください

ご加入事業者名	株式会社 友野会建設			
ご加入事業者住所	〒123-4567 東京都千代田区 町1-2-3			
ご担当者様	部署名	総務部	お名前	時尾 花子
	電話番号	03- -	FAX番号	03- -
	携帯番号など	090- -	←平日の昼間にご担当者様と連絡が取れる番号をご記入ください	
ご契約のお支払方法	一括払・分割払		保険始期日	2025年7月1日
事故発生場所(住所)	〒765-4321 東京都江東区 町12345			
工事名	田中様邸 屋根改修工事	新築・リフォーム		
被害者名	佐藤 一郎様	リフォームの場合は工事範囲をご記入ください(例:トイレ改修)		
事故日	2025年12月12日			
請負工事期間	2025年10月20日 ~ 2025年12月20日			
事故状況	屋根工事中、工具を落とし			
	近隣の駐車車両を傷つけた。			
事故原因	手がすべったため。			
	注意不足。			
事故状況(作業箇所、損害箇所・範囲等)を 図示してください。	損害物または被害者(物)の内容・程度			
	請負金額500万円の			
	屋根改修工事。			
	近隣住民 佐藤様所有者の ルーフパネルに深いキズ。			

※ わかる範囲でご記入の上、FAXをしてください。

※ 事故の詳細については、改めて「事故報告書」をご提出いただくことがあります。

※ 賠償責任を補償するご契約の場合、賠償事故にかかわる示談につきましては、必ず損保ジャパンにご相談のうえ、交渉をおすすめください。

事前に損保ジャパンにご相談なく示談された場合は、保険金の金額または一部をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

(注) この保険には、示談代行サービスはありません。相手方との交渉につきましては、損保ジャパンと相談いただきながら記名被保険者ご自身で交渉をすすめていただくことになります。

JIO友の会事務局

20 年 月 日

F A X

03-6897-8819

コピーをしてご使用ください

JIO友の会 業務災害補償保険
(労災上乘せ保険)

事故連絡票

ご加入事業者名				
ご加入事業者住所	〒			
ご担当者様	部署名		お名前	
	電話番号		F A X 番号	
	携帯番号など	←平日の昼間にご担当者様と連絡が取れる番号をご記入ください		
ご契約のお支払方法	一括払 ・ 分割払		保険始期日	20 年 月 日
事故発生日時	20 年 月 日		時 分 頃	
事故発生場所(住所)	〒			
ケガをされた方の氏名				
ケガをされた方の属性	役員 事業主 ・ 従業員 ・ 下請作業員 ・ アルバイト ・ その他 ()			
事故の状況				
ケガの状況 (部位や症状など)				
入院の有無	有 ・ 無			
その他備考				

※ わかる範囲でご記入の上、F A Xをしてください。

※ この事故連絡票に記載された個人情報、JIO友の会プライバシーポリシーに基づき定められた利用目的の範囲で利用させていただきます。

JIO友の会プライバシーポリシー (<https://www.jio-kensa.co.jp/tomonokai/privacy.html>)

事故連絡票 記入例

JIO友の会事務局

2025年 12月 12日

FAX

03-6897-8819

コピーをしてご使用ください

JIO友の会 業務災害補償保険
(労災上乗せ保険)

事故連絡票

ご加入事業者名	株式会社 友野会建設			
ご加入事業者住所	〒 123-4567 東京都千代田区 町1-2-3			
ご担当者様	部署名	総務部	お名前	時尾 花子
	電話番号	03- -	FAX番号	03- -
	携帯番号など	090- -	←平日の昼間にご担当者様と連絡が取れる番号をご記入ください	
ご契約のお支払方法	一括払・分割払		保険始期日	2025年 7月 1日
事故発生日時	2025年 12月 12日 15時 30分頃			
事故発生場所(住所)	〒 765-4321 東京都江東区 町12345			
ケガをされた方の氏名	友野 太郎			
ケガをされた方の属性	役員 事業主・従業員・下請作業員・アルバイト・その他 ()			
事故の状況	屋根工事の業務中に足場から転落した。			
ケガの状況 (部位や症状など)	肩を強打し、骨折			
入院の有無	有 ・ 無			
その他備考				

※ わかる範囲でご記入の上、FAXをしてください。

※ この事故連絡票に記載された個人情報、JIO友の会プライバシーポリシーに基づき定められた利用目的の範囲で利用させていただきます。

JIO友の会プライバシーポリシー (<https://www.jio-kensa.co.jp/tomonokai/privacy.html>)