

事故連絡票

※太枠内をご記入ください。

受付日 5.平成 年 月 日

団体名	千葉県学校生活協同組合		団体番号	普通傷害	91-01836-6-000000
加入者本人	(現住所) 〒	—	都道	日中連絡先TEL	— —
	府県		府県	勤務先TEL	— —
	(加入者氏名)	(所属)	(職種)	自宅TEL	— —
被保険者	刈ガナ	1.男・5.女	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 5. 平成	年 月 日
補償対象者	(被保険者番号)				
	様				
請求者	被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.() 1以外の場合、氏名:				
事故日	5.平成 年 月 日	AM・PM	時 分	保険期間	平成 年 月 1日から 1年間
事故場所	都道府県	1. 自宅内・自宅外			コード
事故の原状	事故証明書: 有(証明者)・無 目撃者: 有・無				
請求項目	01 死亡	02 後遺障害	03 入院	04 通院	07 手術
他契約	1.有 5.無・不明	有の場合	会社名	保険会社	: 証券番号
事故原因	()	損保事故コード(免責:)	(商品:)		

◆けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名													死亡の場合: 死亡日 5.平成 年 月 日
※該当のケガの部位・態様に○をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様に◎をお付けください。													
傷害部位	10 頭	15 顔	20 首・頸	25 肩	30 胸・腹	35 背・腰・臀部	40 腕	45 手指	50 脚	55 足指	60 臓器	99 その他()	
傷害態様	A1 骨折	B1 打撲	B2 捻挫	B3 挫傷	B4 擦り傷	D1 切断	E1 切傷	F1 筋・腱・神経	G1 血腫	H1 内臓破裂	J1 火傷	99 その他()	
手術	無・有()						固定具	無・有()					
初診日	5.平成 年 月 日	治療見込	入院	週間	通院	週間							
医療機関	名称	1. 病院 2. 接(整)骨院 TEL ()											

◆他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	加入者のご関係 1.本人 2.配偶者 3.その他()			
相手先	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	連絡先 TEL			
損害の内容	1.対人 2.対物 3.両方	損害品	損害額見込	千円
				傷病名
				全治 週間

お 願 い

- 事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、担当者宛FAX願います。また、該当するものを○で囲んでください。
- 原則として事故の日から30日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続がスムーズに進まない場合がございます。
- お支払金額は、治療の内容や状況に応じて算出されますので、毎日のように通院されても全額はお支払の対象にならない場合がございます。ご了承ください。
- 入院・通院・手術保険金ご請求の場合、ご請求金額が **10万円を超える場合は所定の診断書が必要**になります。また、その他の場合でも、確認のため診断書のご提出をお願いする場合がございます。
- 入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日(延長特約等の特約が付帯されている場合は、その特約内容により変更となります。)以内の入院・通院日数および該当する手術に対してのお支払となります。なお、通院保険金につきましては、1事故90日が限度となります。

★会社使用欄 FAX送信チェック 送信日 平成 年 月 日

★明治安田損保印欄

所管店	担当者	受付番号											責任者	担当者
-----	-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----