



事故連絡票

千葉県学校生活協同組合 經由
(FAX 0120-55-2130)

受付日: _____

ご担当者: _____

明治安田損害保険 傷害・火災・新種保険グループ行

TEL: _____

団体名	千葉県学校生活協同組合					更新月	1月	商品名	傷害コース		退職者	<input type="checkbox"/>						
	団体番号	91-01836-6-000001										月	月				<input type="checkbox"/>	
	団体番号	91- - -															月	月

加入者氏名	フリガナ	被保険者番号					所属	職種
	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男女		

▼送付先住所・電話番号は必ずご記入ください。加入者と同じ場合は□にレ点頂くことで、氏名・続柄・生年月日・性別欄の記入は不要です

被保険者(補償対象者)氏名	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ	加入者からみた続柄					電話番号	日中連絡先	()
	フリガナ	配偶者	子	同居の親族	自宅	()			
	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男女		勤務先	()

住所	〒 -	都道府県
----	-----	------

メール 事故状況等確認のため、お電話にて確認させていただく場合がございます。長期間つながらない場合に、明治安田損保からメールでのお問い合わせを希望される際はご記入ください @

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 →	会社名	保険種類
------	-------------------------------------------------------	------	------------------------------------------------------------	-----	------

請求項目	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 物損	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 20	▼24時間表示	交通事故の場合	運転免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------	---------	------	-------------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------

事故の内容	事故日	平成 令和	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故地	都道府県 (施設名)							自宅内	自宅外
	事故状況	(何をしている時)			(何が起きて)			(どうなったのか)		

傷害	傷病名																固定具(ギプス等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	◀医師による固定具の常時装着指示の有無										
	部位	<input type="checkbox"/> 10 頭	<input type="checkbox"/> 15 顔	<input type="checkbox"/> 20 首・頸	<input type="checkbox"/> 25 肩	<input type="checkbox"/> 30 胸・腹	<input type="checkbox"/> 35 背・腰	<input type="checkbox"/> 40 腕	<input type="checkbox"/> 45 手指	<input type="checkbox"/> 50 脚	<input type="checkbox"/> 55 足指	<input type="checkbox"/> 60 臓器	<input type="checkbox"/> 99 その他	症状	<input type="checkbox"/> AI 骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> BI 打撲・挫傷	<input type="checkbox"/> B2 捻挫	<input type="checkbox"/> DI 切断・欠損	<input type="checkbox"/> EI 切傷・挫創	<input type="checkbox"/> FI 筋・半月板・腱・神経・靭帯損傷	<input type="checkbox"/> GI 血腫・内出血	<input type="checkbox"/> HI 内臓破裂	<input type="checkbox"/> JI 火傷	<input type="checkbox"/> 99 その他	固定具名※	<input type="checkbox"/> ギプス	<input type="checkbox"/> ギプスシャーレ	<input type="checkbox"/> シーネ	<input type="checkbox"/> その他
	治療見込み	初診日	平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 治療	平成 令和	年	月	日 (実通院日数 日)	<input type="checkbox"/> 治療中	見込	週 / 日	医療機関1	医療機関2	開始	平成 令和	年	月	日	見込	() 日間						

物の損	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
		平成 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20.盗難
		平成 令和	年 月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20.盗難