

団体名	千葉県学校生活協同組合	団体番号	91 - 0 1 8 3 6 - 6 - 0 0 0 0 0 1				商品名	傷害コース	退職者	<input type="checkbox"/>
			91 -	-	-					

▼当事者をご記入ください

加入者	フリガナ	被保険者番号	_____				所属	職種
			氏名	生年	月	日		

電話・メールそれぞれ優先順位をご記入ください▼

被保険者	フリガナ	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ → 太枠内をご記入ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	電話番号	日中連絡先	()
			配偶者	子	同居の親族		自宅	()
現住所	〒 - 都道府県					勤務先	()	
事故状況等確認のため、お問い合わせが可能なEメールアドレスをご記入ください▶ ※携帯アドレス、PCアドレスいずれでも可		メール①	_____@_____					
		メール②	_____@_____					

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社賠償契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 →	会社名	保険種類
交通事故の場合	警察届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転 <input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中			

▼24時間表示

事故日	H R	年	月	日 ()	曜日	時	分	頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事故地	〒 - 都道府県 (施設名)							自敷宅内	<input type="checkbox"/>	自敷宅外	<input type="checkbox"/>
事故の内容	事故状況 (詳しく記入してください)			(何をしている時)			(何が起きて)			(どうなったのか)	
	目撃者	氏名	続柄	電話番号	()						

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入ください

賠償責任	当事者	フリガナ	性別	男女	年齢	才
	被害者	フリガナ	性別	男女	年齢	才
	職業	_____				
	住所	〒 - 都道府県				
	電話番号	()				
<input type="checkbox"/>	対物	被害物	損害品	損害見込	円	
<input type="checkbox"/>	対人	傷病程度	傷病名	治療見込	週	