



TEL 054-282-2140
 FAX 054-282-9992

事故連絡票

※太枠内をご記入ください。 受付日 年 月 日

団体名	静岡県教職員生活協同組合		団体番号	(商品名)	91-09026-2-00000		
				(商品名)	91-		
				(商品名)	91-		
加入者本人	(現住所) 〒	—		日中連絡先TEL	—	—	
	都道府県			勤務先TEL	—	—	
				自宅TEL	—	—	
	(加入者氏名)		(所属)			(職種)	
	様						
被保険者	7/ガナ		1.男・5.女	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和
(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	平成・令和	年	月	日	AM・PM	時	分頃
事故場所	都道府県						
						1. 自宅内・自宅外	コード
事故の状況	事故証明書: 有(証明者)・無 目撃者: 有・無						
請求項目	入院 通院 その他()						
他契約	1.有 5.無・不明	有の場合	会社名	保険会社	:	保険	: 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	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	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	99				
	頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰・臀部	腕	手指	脚	足指	臓器	その他()				
傷害態様	A1	B1	B2	B3	B4	D1	E1	F1	G1	H1	J1	99				
	骨折	打撲	捻挫	挫傷	擦り傷	切断	切傷	筋・腱・神経	血腫	内臓破裂	火傷	その他()				
	脱臼					欠損	挫創	半月板・靭帯損傷	内出血							
手術	無・有()						固定具	無・有()								
初診日	平成	令和	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 ()															

※ | 週間以内の場合 (日)

静岡県教職員生活協同組合

フリーダイヤルFAX

0120-82-9992

へお願いします。

請求用紙郵送先 (どちらかに必ず○を付けてください) 学校 ・ 自宅
--

★会社使用欄 FAX送信チェック 送信日 年 月 日 ★明治安田損保検印欄

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

LR・CLR・傷害総合用 (+普通傷害) A3653 (2005.04)(コ)