

団体名	静岡県教職員生活協同組合	団体番号	91-09026-2-00000	更新月	6月	商品名		所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
-----	--------------	------	------------------	-----	----	-----	--	------	--------------------------	-----	--------------------------

◆ 共通事項 ▼けが・物損どちらでも全てをご記入ください。

加入者	フリガナ 氏名	性別	男・女	所属所名		生年月日	S H R 年 月 日	職種		被保険者番号			
▼「加入者と同じ」の場合、被保険者氏名・性別・生年月日の記入は省略できます。ケガの場合は受傷者、物損の場合は所有者をご記入ください。													
被保険者	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居親族		フリガナ 氏名	性別 男・女	S H R 年 月 日	電話番号	日中連絡先 ( )			
									自宅 ( )	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"/> 01 死亡	<input type="checkbox"/> 02 後遺障害	<input type="checkbox"/> 03 入院	<input type="checkbox"/> 04 通院	<input type="checkbox"/> 07 手術	<input type="checkbox"/> 20 物損	<input type="checkbox"/> 32 インル・賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用	<input type="checkbox"/> その他 ( )	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"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中		
発生日	H・R 年 月 日 時 分頃								◀24時間表示	<input type="checkbox"/>	自宅敷地内	<input type="checkbox"/>	自宅敷地外
発生場所	都道府県 (施設名)												
発生状況	(何をしている時)												
	(何が起きて)												
	(どうなったのか)												

◆ 傷 害 ▼けがをされた場合、以下をご記入ください。

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 ( )	固定具名	<input type="checkbox"/> ギプス	<input type="checkbox"/> ギプスシーネ	<input type="checkbox"/> ギプスシャーレ	<input type="checkbox"/> シーネ	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
症 状	<input type="checkbox"/> A1 骨折脱臼	<input type="checkbox"/> B1 打撲挫傷	<input type="checkbox"/> B2 捻挫	<input type="checkbox"/> D1 切断欠損	<input type="checkbox"/> E1 切傷・挫創 擦り傷	<input type="checkbox"/> F1 筋・腱・神経 靭帯損傷 半月板	<input type="checkbox"/> G1 血腫 内出血	<input type="checkbox"/> H1 内臓破裂	<input type="checkbox"/> J1 火傷	<input type="checkbox"/> 99 その他 ( )				固定期間	開始 H R 年 月 日 見込 ( ) 日間					
治療見込み	初診日 H R 年 月 日												通院 <input type="checkbox"/> H R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 治療中 見込 週 / 日				実通院日数 日			
	<input type="checkbox"/> 入院 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日												見込 日				医療機関1 (名称) (電話番号)			
	休業期間 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日												見込 日				医療機関2 (名称) (電話番号)			
	<input type="checkbox"/> 手術 名称																			
<input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり												<input type="checkbox"/> 01 死亡 H R 年 月 日								

◆ 物 損 ▼携行品損害の場合、以下をご記入ください。

保 険 の 対 象	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
		円	H R 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
		円	H R 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

HPダウンロード専用用紙

静岡県教職員生活協同組合  
フリーダイヤルFAX  
0120-82-9992

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

# S 記入見本

※性別・生年月日や治療日の年号には○、□にはレ点をおつけください。

団体名	静岡県教職員生活協同組合	団体番号	91-09026-2-00000	更新月	6月	商品名		所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
-----	--------------	------	------------------	-----	----	-----	--	------	--------------------------	-----	--------------------------

## ◆ 共通事項 ▼けが・物損どちらでも全てをご記入ください。

加入者	フリガナ <b>セイキョウ タロウ</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	所属所名	静岡 小学校
	氏名 <b>生協 太郎</b>	生年月日	<input checked="" type="radio"/> H 1 年 4 月 1 日	職種	教諭
				被保険者番号	00123456

▼ケガの場合は受傷者、物損の場合は所有者をご記入ください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居親族	フリガナ <b>セイキョウ ハナコ</b>	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	電話番号	日中連絡先	090 ( 1234 ) 5678
		氏名 <b>生協 花子</b>	生年月日	<input checked="" type="radio"/> H 2 年 7 月 10 日		自宅	054 ( 123 ) 4567
						勤務先	054 ( 987 ) 6543

住所	〒123-4567 静岡 都道府県 静岡市●●区●● 123-45 ▲▲マンション101	
----	--	--

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▶	gakkou123 @ ▲▲.co.jp
-----	---	----------------------

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

請求項目	<input type="checkbox"/> 01 死亡	<input type="checkbox"/> 02 後遺障害	<input checked="" type="checkbox"/> 03 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 04 通院	<input type="checkbox"/> 07 手術	<input type="checkbox"/> 20 物損	<input type="checkbox"/> 32 レンタル・賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用 ( )	交通事故の場合	運転免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
										警察届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
										運転	<input checked="" type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中	

発生日	H・ <input checked="" type="radio"/> R 2 年 11 月 5 日 13 時 30 分頃	◀24時間表示	<input type="checkbox"/>	自宅敷地内	<input checked="" type="checkbox"/>	自宅敷地外	<input type="checkbox"/>
-----	---	---------	--------------------------	-------	-------------------------------------	-------	--------------------------

発生場所	静岡 都道府県 静岡市●●区●●456-78 (施設名)
------	------------------------------

発生状況	(何をしている時)	バイクを運転中に
	(何が起きて)	交差点で左折してきた自動車と衝突し
	(どうなったのか)	右腕を骨折した

## ◆ 傷 害 ▼けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名	右上腕骨骨折、頸椎捻挫、右足関節骨折												固定具 (ギブス等)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
部位	<input type="checkbox"/> 10 頭	<input type="checkbox"/> 15 顔	<input checked="" type="checkbox"/> 20 首・頸	<input type="checkbox"/> 25 肩	<input type="checkbox"/> 30 胸・腹	<input type="checkbox"/> 35 背・腰	<input checked="" type="checkbox"/> 40 腕	<input type="checkbox"/> 45 手指	<input checked="" type="checkbox"/> 50 脚	<input type="checkbox"/> 55 足指	<input type="checkbox"/> 60 臓器	<input type="checkbox"/> 99 その他 ( )	固定具名	<input checked="" type="checkbox"/> ギブス	
症状	<input checked="" type="checkbox"/> A1 骨折脱臼	<input type="checkbox"/> B1 打撲挫傷	<input checked="" type="checkbox"/> B2 捻挫	<input type="checkbox"/> D1 切断欠損	<input checked="" type="checkbox"/> E1 切傷・挫創 擦り傷	<input type="checkbox"/> F1 筋・腱・神経 靭帯損傷 半月板	<input type="checkbox"/> G1 血腫 内出血	<input type="checkbox"/> H1 内臓破裂	<input type="checkbox"/> J1 火傷	<input type="checkbox"/> 99 その他 ( )	<input type="checkbox"/> ギブスシーネ	<input type="checkbox"/> ギブスシャーレ		<input checked="" type="checkbox"/> シーネ	<input type="checkbox"/> その他 ( )
治療見込み	初診日 H 2 年 11 月 5 日													固定期間	開始 <input checked="" type="radio"/> H 2 年 11 月 7 日 見込 ( 40 ) 日間
	治療 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="radio"/> H 2 年 12 月 5 日 ~ <input type="checkbox"/> 治療中 見込 週 / 75 日														
	入院 <input checked="" type="checkbox"/> H 2 年 11 月 5 日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> H 2 年 12 月 1 日 見込 日												医療機関1 (名称) ●●総合病院 (電話番号) 123-456-7890		
	休業期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日 見込 日												医療機関2 (名称) ▲▲整形外科 (電話番号) 098-765-4321		
	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 名称 上腕骨骨接合術														
	<input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり <input type="checkbox"/> 死亡 H 年 月 日														

## ◆ 物 損 ▼携行品損害の場合、以下をご記入ください。

保険の対象	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
	スマートフォン	70,000 円	H 1 年 5 月	<input checked="" type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input checked="" type="checkbox"/> 1.破損(現物有) <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> 20.盗難
		円	H 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"/> 20.盗難

### 静岡県教職員生活協同組合

請求書の送付先をご指定ください。  
※保険会社からの支払通知等は自宅への送付のみとなりますので、ご了承ください。

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