SI-S

事故連絡票（傷害・物損）

明治安田損害保険株式会社
傷害・火災・新種保険ｻｰﾋﾞｽｸﾞﾙｰﾌﾟ行

受付日：

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	□	退職者	□

加入者	氏名	フリガナ	被保険者番号		所属所名		職種
			生年月日	S H R 年 月 日	性別	男 女	

▼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	氏名	□ 加入者と同じ→太枠内をご記入ください	加入者からみた続柄	□ 配偶者	□ 子	□ 同居の親族	電話番号
		フリガナ	生年月日	S H R 年 月 日	性別	男 女	日中連絡先 ( )
							自宅 ( )
							勤務先 ( )
	住所	〒 － 都道府県					
	メールアドレス	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	□ 有 □ 無	他社契約	□ 無・不明 □ 有 →	会社名	保険種類

請求項目	□ 01 死亡	□ 02 後遺障害	□ 03 入院	□ 04 通院	□ 07 手術	□ 20 物損	□ 32 レンタル賠償	□ 40 キャンセル費用	□ その他 → [ ]

▼24時間表示

交通事故の場合	運転免許	□ 有	□ 無	警察届出	□ 有	□ 無	運転	□ 運転中	□ 同乗中

事故の内容					
事故日	H・R 年 月 日 時 分頃			□ 自宅敷地内	□ 自宅敷地外
事故地	都道府県		（施設名）		
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）		

◆ 傷 害

けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名

部位	□ 10 頭	□ 15 顔	□ 20 首・頸	□ 25 肩	□ 30 胸・腹	□ 35 背・腰	□ 40 腕	□ 45 手指	□ 50 脚	□ 55 足指	□ 60 臓器	□ 99 その他 → [ ]

症状	□ A1 骨折・脱臼	□ B1 打撲・挫傷	□ B2 捻挫	□ D1 切断・欠損	□ E1 切傷・擦り傷 挫創	□ F1 筋・腱・神経 靭帯損傷 半月板	□ G1 血腫・内出血	□ H1 内臓破裂	□ J1 火傷	□ 99 その他 [ ]

固定具（ギプス等）	□ 無 □ 有 ◀ 医師による固定具の常時装着指示の有無
固定具名	□ ギプス □ ギプスシーネ □ ギプスシャーレ □ シーネ □ 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		
□ 04 通院	H R 年 月 日 ～	□ 治癒 H R 年 月 日	実通院日数 日
		□ 治療中 見込 週／ 日	
□ 03 入院	H R 年 月 日 ～ H R 年 月 日	見込 日	
休業期間	H R 年 月 日 ～ H R 年 月 日	見込 日	
□ 07 手術	名称		
□ 02 後遺障害見込あり	□ 01 死亡 H R 年 月 日		

医療機関	医療機関1	医療機関2
	電話番号	電話番号

◆ 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	□ 未修理 □ 修理済	円	□ 1.破損（現物有 □ 写真有 □ ） □ 20.盗難
		円	H R 年 月	□ 未修理 □ 修理済	円	□ 1.破損（現物有 □ 写真有 □ ） □ 20.盗難

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

記入見本

※お願い
都道府県、生年月日や通院日等の年号に〇をご記入ください。

SI-S 事故連絡票（傷害・物損）

☐ FAX 03-3257-3288 ☐

明治安田損害保険株式会社
傷害・火災・新種保険サービスグループ行

受付日：
ご担当者：
TEL：

団体名	明安工業株式会社	団体番号	91-00000-0-000000	更新月	11月	商品名	LR	所得補償 ☐	退職者 ☐

加入者
氏名 フリガナ メイヤス タロウ / 明安 太郎
被保険者番号 0000-0000012345-100
生年月日 S H(41) R 年 1 月 2 日 性別 (男) 女
所属 営業第2部 職種 営業
▼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
☐加入者と同じ → 太枠内をご記入ください
氏名 フリガナ メイヤス ハナコ / 明安 花子
加入者からみた続柄 ☐配偶者 ☑子 ☐同居の親族
生年月日 S H(15) R 年 6 月 9 日 性別 男 (女)
電話番号 日中連絡先 090 (1111) 2222
自宅 ( )
勤務先 ( )
現住所 〒101-0048 東京 (都道府県) 千代田区神田司町2-11-1
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、当社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 ☐有 ☑無　他社契約 ☑無・不明 ☐有→ 会社名　保険種類

請求項目	01 死亡	02 後遺障害	03 入院	04 通院	07 手術	20 物損	32 レンタル賠償	40 キャンセル費用	その他→
	☐	☐	☑	☑	☑	☐	☐	☐	☐

交通事故の場合 運転免許 ☑有 ☐無　警察届出 ☑有 ☐無　運転 ☑運転中 ☐同乗中

事故の内容
事故日 H (R) 2 年 7 月 10 日 14 時 00 分頃 ▼24時間表示
事故地 東京 (都道府県) 目黒区東が丘1丁目1-1 (施設名) ☐自宅敷地内 ☑自宅敷地外
事故状況 詳しく記入してください
（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

傷病名 右上腕骨骨折、頚椎捻挫、右足関節骨折

部位：☐10頭 ☐15顔 ☑20首・頚 ☐25肩 ☐30胸・腹 ☐35背・腰 ☑40腕 ☐45手指 ☑50脚 ☐55足指 ☐60臓器 ☐99その他→
症状：☑A1骨折・脱臼 ☐B1打撲・挫傷 ☑B2捻挫 ☐D1切断・欠損 ☑E1切傷・挫創・擦り傷 ☐F1筋・腱・神経・半月板・靭帯損傷 ☐G1血腫・内出血 ☐H1内臓破裂 ☐J1火傷 ☐99その他

固定具（ギプス等）：☐無 ☑有 ◂医師による固定具の常時装着指示の有無
固定具名：☑ギプス ☐ギプスシーネ ☐ギプスシャーレ ☑シーネ ☐その他→
固定期間 開始 H (R) 2 年 7 月 10 日 見込（ 75 ）日間

初診日 H (R) 2 年 7 月 10 日
☑ 04 通院 H (R) 2 年 8 月 4 日～ ☐治癒 H R 年 月 日 実通院日数 日
☑治療中 見込 週／ 75 日
☑ 03 入院 H (R) 2 年 7 月 10 日～ H (R) 2 年 8 月 1 日 見込日
休業期間 H R 年 月 日～ H R 年 月 日 見込日
☑ 07 手術 名称 上腕骨骨接合術
☑ 02 後遺障害見込あり ☐ 01 死亡 H R 年 月 日

医療機関 医療機関1 渋谷総合病院 電話番号 03-1111-2222
医療機関2 神田整形外科 電話番号 03-3333-4444

保の対象 損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
リュックサック	#### 円	H (R) 1 年 10 月	☑未修理 ☐修理済	5,000 円	☑1.破損（現物有☑ 写真有☐） ☐20.盗難
	円	H R 年 月	☐未修理 ☐修理済	円	☐1.破損（現物有☐ 写真有☐） ☐20.盗難

おけがの請求をされる場合にご記入ください。

携行品損害の場合にご記入ください。

同時に所得補償の請求もある場合はレ点のうえ、休業期間もご記入ください。