



# 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・新種保険サービスグループ行

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	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
-----	--------------	------	------------------	-----	----	-----	--	------	--------------------------	-----	--------------------------

加入者	フリガナ	被保険者番号		所属所名		職種	
	氏名	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	電話番号	日中連絡先	( )
	フリガナ	生年月日	S H R 年 月 日	性別	男女		自宅	( )
	住所	〒 - 都道府県						勤務先

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 レンタル賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用	<input type="checkbox"/> その他	▼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	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------	---------	------	---	------	---	----	---	-----	---

事故の内容	事故日	H・R 年 月 日 時 分	頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事故地	都道府県	(施設名)	自敷宅内	自敷宅外
	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

けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名																															
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"/> 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 切創・擦り傷	<input type="checkbox"/> F1 筋・腱・神経	<input type="checkbox"/> G1 半月板	<input type="checkbox"/> H1 血腫・内出血	<input type="checkbox"/> I1 内臓破裂	<input type="checkbox"/> J1 火傷	<input type="checkbox"/> 99 その他	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				
治療見込み	初診日	H R 年 月 日	通院	<input type="checkbox"/> 04 H R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 治癒 H R 年 月 日	実通院日数	日	治療中	<input type="checkbox"/> 見込 週 / 日	入院	<input type="checkbox"/> 03 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日	医療機関1	医療機関2	手術	<input type="checkbox"/> 07 名称	後遺障害見込あり	<input type="checkbox"/> 02	死亡	<input type="checkbox"/> 01 H R 年 月 日	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 R	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"/> ) <input type="checkbox"/> 20.盗難
		円 R	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"/> ) <input type="checkbox"/> 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。

<b>SI-S 事故連絡票</b> (傷害・物損)		<input type="checkbox"/> FAX 03-3257-3288		受付日:	
明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険リビズグループ行		ご担当者:		TEL:	
団体名 <b>明安工業株式会社</b>	団体番号 91-00000-0-000000	更新月 11月	商品名 LR	所得補償 <input type="checkbox"/>	退職者 <input type="checkbox"/>
加入者 フリガナ <b>メイヤス タロウ</b> 氏名 <b>明安 太郎</b>	被保険者番号 <b>0000-0000012345-100</b>	生年月日 S 41年 1月 2日 H 41年 1月 2日 R	性別 <b>男</b>	所属 <b>営業第2部</b>	職種 <b>営業</b>
▼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。					
加入者と同じ → 未付内をご記入ください	<input type="checkbox"/> 加入者からみた説明	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	日中連絡先 <b>090 (1111) 2222</b>
氏名 フリガナ <b>メイヤス ハナコ</b> 氏名 <b>明安 花子</b>	生年月日 S 15年 6月 9日 H 15年 6月 9日 R	性別 <b>女</b>	電話番号 自宅 ( ) 勤務先 ( )	電話番号	
現住所 〒101-0048 <b>東京 都道府県 千代田区神田司町2-11-1</b>	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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	他社契約 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有	会社名		保険種類	
請求項目 01 死亡 <input type="checkbox"/> 02 後遺障害 <input type="checkbox"/> 03 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 04 通院 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	▼24時間表示		交通事案の場合 <input type="checkbox"/>	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
事故日 H 2年 7月 10日 14時 00分頃	事故地 東京 都道府県 目黒区東が丘1丁目1-1		(施設名)		自数宅内 <input type="checkbox"/> 自数宅外 <input checked="" type="checkbox"/>
事故内容 事故状況詳しく記入してください	(何をしている時) <b>バイクを運転中に</b>	(何が起きて) <b>交差点で左折してきた自動車と衝突し</b>	(どうなったのか) <b>右腕を骨折した</b>		
<b>右上腕骨骨折、頸椎捻挫、右足関節骨折</b>					
備前名 部位 10 頭 <input type="checkbox"/> 15 顔 <input type="checkbox"/> 20 首・頸 <input checked="" type="checkbox"/> 25 肩 <input type="checkbox"/> 30 胸・腹 <input type="checkbox"/> 35 背・腰 <input type="checkbox"/> 40 腕 <input checked="" type="checkbox"/> 45 手 <input checked="" type="checkbox"/> 50 指 <input type="checkbox"/> 55 足 <input type="checkbox"/> 60 趾 <input type="checkbox"/> 99 その他 <input type="checkbox"/>	症状 AI 骨折・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> BI 打撲・挫傷 <input type="checkbox"/> B2 捻挫 <input checked="" type="checkbox"/> DI 切創・欠損 <input type="checkbox"/> EI 切傷・挫創 <input type="checkbox"/> FI 筋・腱・神経・韧带・損傷 <input type="checkbox"/> GI 半月板・韧带・損傷 <input type="checkbox"/> HI 血腫・内出血 <input type="checkbox"/> IJ 内臓破裂 <input type="checkbox"/> JI 火傷 <input type="checkbox"/> 99 その他 <input type="checkbox"/>	固定具(ギブス等) 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> ギブスシヤイ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	医師による固定具の常時装着指示の有無		
初診日 H 2年 7月 10日	治療 H 年 月 日 実通院日数 日	治療中 見込 週 / 75 日	固定期間 開始 H 2年 7月 10日 見込 (75) 日間	医療機関1 <b>渋谷総合病院</b>	
入院 H 2年 7月 10日 ~ H 2年 8月 1日 見込日	医療機関2 <b>神田整形外科</b>	休業期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日 見込日			
手術 名称 <b>上腕骨骨接合術</b>	医療機関 電話番号 <b>03-1111-2222</b>	電話番号 <b>03-3333-4444</b>	後遺障害見込あり <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> H 年 月 日		
損害品名 <b>リュックサック</b>	購入金額 ##### 円	購入年月 H 1年 10月	修理状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	修理代 5,000 円	損害区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1.破損(現物有) <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> 20.盗難
保 の対象	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

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。

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。