

(三重県公立学校職員互助会) 經由

明治安田損害保険株式会社 傷害保険サービスグループ 行
事故連絡票 (FAX 03-3257-3288)

ご担当者 様

TEL - -

FAX - -

受付日 5.平成 年 月 日

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。

団体名	一般財団法人 三重県公立学校職員互助会	団体番号	9 1 - 0 1 7 5 6 - 7 - 0 0 0 0 0 1	商品名	普通傷害

加入者本人	現住所	〒 [] [] [] - [] [] [] []		都道府県	[] [] [] []
	フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。		日中連絡先 TEL	[] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []
	氏名	様		自宅 TEL	[] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

被保険者 (補償対象者)	フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。		性別	<input type="checkbox"/> 1.男	生年月日	<input type="checkbox"/> 3.昭和	<input type="checkbox"/> 5.平成	[] [] 年 [] [] 月 [] [] 日
	氏名	様			<input type="checkbox"/> 5.女		<input type="checkbox"/> 2.大正	<input type="checkbox"/> 1.明治	[] [] 年 [] [] 月 [] [] 日
	所属	職種			勤務先 TEL		[] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []		

被保険者番号	0 0 0 0 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] []	保険期間	平成 年 月 1日から1年間
請求者	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.親権者 <input type="checkbox"/> 3.法定相続人 <input type="checkbox"/> 9.その他() 1以外の場合、氏名:		
事故日	5.平成 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日 午前・午後 時 分頃		
事故場所	都道府県 [] [] [] [] <input type="checkbox"/> 1.自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外		

事故の原因状況	事故証明書: <input type="checkbox"/> 有 (証明者) <input type="checkbox"/> 無 目撃者: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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"/> その他()		
他契約	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.無・不明	有の場合 会社名	保険の種類 証券番号

傷病名	死亡の場合 死亡日	5.平成 [] [] 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・態様のみ☑してください。		

傷害部位	<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・臀部 <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()

傷害態様	<input type="checkbox"/> A1.骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1.打撲 <input type="checkbox"/> B2.捻挫 <input type="checkbox"/> B3.挫傷 <input type="checkbox"/> B4.擦り傷 <input type="checkbox"/> D1.切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1.切傷・挫創
	<input type="checkbox"/> F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 <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()

手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	固定具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
----	-----------------------------------------------------------	-----	-----------------------------------------------------------

初診日	5.平成 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日	治療見込	入院 週間 / 通院 週間
-----	------------------------------------	------	---------------

医療機関	名称	<input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院	電話番号	- -
------	----	-----------------------------------------------------------------	------	-----

【会社使用欄】	保険会社	明治安田生命	代理店	K1101-14.04
受付欄				