



事故連絡票 (傷害)

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
FAX 03-3257-3288

現職者の方：
互助会へFAXください。
(FAX 059-213-0602)

退職者の方：
明治安田生命へFAXください。
(FAX 052-951-9177)

受付日：
ご担当者：
TEL：

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	91-01756-7-0000001	更新月	8月	商品名	傷害コース (普通傷害)
		91-	-	月			
		91-	-	月			

加入者	フリガナ	被保険者番号		所属	職種
	氏名	生年月日	年 月 日		

▼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	年 月 日	性別	男女		自宅	()
	現住所	都道府県					勤務先	()

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	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	<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
	死亡	後遺障害	入院	通院	手術	物損	レンタル賠償	キャンセル費用				有	無		有	無		有	無

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/> 自敷宅内	<input type="checkbox"/> 自敷宅外
	事故地	都道府県 (施設名)								
	事故状況	(何をしている時)		(何が起きて)				(どうなったのか)		

治療見込み	傷病名																														
	部位	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 99	症状	<input type="checkbox"/> AI	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> EI	<input type="checkbox"/> FI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> JI	<input type="checkbox"/> 99	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			
		頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰	腕	手指	脚	足指	臓器	その他		骨折・脱臼	打撲・挫傷	捻挫	切断・欠損	切傷・挫創	筋・腱・神経	半月板・靭帯損	血腫・内出血	内臓破裂	火傷		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"/> シーネ	<input type="checkbox"/> その他
	初診日	H R	年	月	日											治療	H R	年	月	日	実通院日数	日	固定期間	開始	H R	年	月	日	見込	() 日間	
	通院	H R	年	月	日											治療中	見込	週 / 日	医療機関1		医療機関2										
	入院	H R	年	月	日	H R	年	月	日	見込日	医療機関1		医療機関2																		
	休業期間	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	名称																														
後遺障害見込あり	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 死亡	H R	年	月	日	電話番号												電話番号												