



現職者の方：互助会までFAXください。(FAX 059-213-0602)
退職者の方：直接明治安田生命へFAXください。(FAX 052-951-9177)

傷害コース

普通傷害用

110100

() 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 - -

※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。

受付日 5.平成 年 月 日

団体名	団体番号	□□ - □□□□□□ - □□ - □□□□□□	商品名
		□□ - □□□□□□ - □□ - □□□□□□	

加入者本人	現住所	〒 □□□□ - □□□□	都道府県
-------	-----	---------------	------

加入者本人	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	□□□□ - □□□□ - □□□□
	所属	職種		勤務先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 <input type="checkbox"/> 5.女	生年月日	<input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 5.平成 <input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 1.明治	□□年□□月□□日
	氏名	様						

被保険者番号	0000 - □□□□□□□□ - □□□□	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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 週間 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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】

受付欄	保険会社 明治安田生命 代理店 K1101-14.04
-----	--------------------------------