



() 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
(FAX 03-3257-3288)

ご担当者 様

TEL - -

FAX - -

事故連絡票

※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	神奈川県市町村職員共済組合	団体番号	9 1 - 9 0 0 7 1 - 6 - 0 0 0 0 0 1	商品名	普通傷害

加入者本人	現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/> <input type="text"/>
-------	-----	--	------	---

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名	様		自宅TEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
加入者本人	所属	職種	勤務先TEL		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	様			<input type="checkbox"/> 5.女		<input type="checkbox"/> 2.大正	<input type="checkbox"/> 1.明治	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

被保険者番号	0 0 0 0 - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	午前・午後	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃
-----	--	-------	--

事故場所	都道府県 <input type="text"/> <input type="text"/>	<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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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
傷害部位	<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
傷害態様	<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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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】

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

K1101-14.04