

# 損保ジャパン日本興亜株式会社 神奈川火新保険金サービス課 行

〒:241-8422 住所:横浜市中区本町2-12 損保ジャパン日本興亜横浜ビル4階  
 FAX:045-201-2061(24時間) TEL:045-661-2626(9:00~17:00)

## 事故連絡票

＜神奈川県市町村職員共済組合 取扱代理店有限会社神奈川シィ・ティ・ブイサービス＞

連絡時間	年 月 日 時 時間は24時間でご記入ください	ご連絡者	様 (被保険者様との関係: 本人・配偶者・親族)
連絡先	お客様のご都合の良いご連絡先・電話番号・時間帯をご指定ください。 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> その他		
	AM PM 時 ~ AM PM 時 ご住所: _____ 電話番号: _____ ( )		

※上記連絡先にお電話いたしますので、必ず連絡がつく連絡先をご記入ください。

加入者名	<input type="radio"/> 上記連絡者様と同じ場合は○印 フリガナ _____ _____ 所属所名 _____ 組合員証NO. _____
------	---

契約内容	証券番号 <b>911213F161</b> 契約コース <input type="radio"/> 暮らしの総合補償 AA:BA:CA:DA:EA:FA <input type="radio"/> ゴルファー <input type="radio"/> ホールインワン特約 AB:BB:CB:DB:EB:FB
------	---

※事故をされた方のお名前をご記入ください。

お名前	<input type="radio"/> 上記連絡者様と同じ場合は○印 フリガナ _____ _____	ご住所	<input type="radio"/> 上記連絡先と同じ場合は○印 _____ _____
-----	---	-----	---

事故日	年 月 日 時 分頃	場所	道路上・学校内・自宅内・その他( )
内容	※ご連絡いただく事故形態に応じて、○印をお付けください。 <input type="radio"/> 傷害事故 <input type="radio"/> その他(携行品・用品・賠償.etc )		

※交通事故・火災等警察・消防へのお届けが必要な場合はご記入ください。 警察・消防届出 署			
部位	ご病気・おケガをされた部位をご記入ください	診断名	
医療機関	医療機関名 _____ 電話番号 ( ) _____ →入院の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 →入院の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	賠償事故欄	(相手方住所) _____ (相手方氏名) _____ (相手方電話番号) ( ) _____
備考	※ご自由にお使いください		

※太枠内は、必ずご記入ください。それ以外は、分かる範囲でご記入ください。