事故連絡票記入例

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

※太枠内をご記入ください。

受付日　5. 平成　　年　　月　　日

団体名	栃木県市町村職員共済組合	団体番号	普通傷害	91 － 09100 － 5 － 000000

加入者本人	（現住所）〒×××－××××	日中連絡先TEL	090－××××－××××
	都道府県 栃木　宇都宮市大通り二丁目3番1号	勤務先TEL	－　－
		自　宅TEL	－　－
	（加入者氏名）栃木　花子　様　（所属）〇〇市役所　（職種）〇〇課		

被保険者（補償対象者）	フリガナ　トチギ　ハナコ	1.男・5.女	生年月日 1．明治 2．大正 3．昭和 5．平成 ×年 ×月 ×日
	栃木　花子　様	（被保険者番号）	× × × × × × × × × × － ×

請求者	被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.（　　）	1以外の場合、氏名：	
事故日	5．平成 28 年 ×× 月 ×× 日 AM ・ PM ×× 時 ×× 分頃	保険期間	平成28年　1月1日から　1年間
事故場所	都道府県 栃木　××市〇〇駅前ロータリー	1．自宅内 ・ 自宅外	コード
事故の原因状況	バスに乗ろうとして、急いで歩いていたため歩道で転倒し、右足を骨折した。	※事故の発生状況を分かる範囲でできる限り詳しく記入ください。	
	事故証明書：有（証明者　　）・無　　目撃者：有・無		
請求項目	01 死亡　02 後遺障害　03 入院　04 通院　07 手術　（　）その他（　）		
他契約	1.有 5.無・不明	有の場合 会社名　保険会社　：　保険　：　証券番号	

事故原因（　　）　損保事故コード（免責：　　）　（商品：　　）

傷病名	右足けい骨骨折	死亡の場合：死亡日 5．平成　年　月　日	

※該当のケガの部位・態様に〇をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様に◎をお付けください。

傷害部位	10 頭　15 顔　20 首・頸　25 肩　30 胸・腹　35 背・越・臀部　40 腕　45 手指　50 脚　55 足指　60 臓器　99 その他（　）
傷害態様	A1 骨折 脱臼　B1 打撲　B2 捻挫　B3 挫傷　B4 擦り傷　D1 切断 欠損　E1 切傷 挫創　F1 筋・腱・神経 半月版・靭帯損傷　G1 血腫 内出血　H1 内臓破裂　J1 火傷　99 その他（　）

手術	無・有（　）	固定具	有・無（ギブス）
初診日	5．平成 28 年 ×× 月 ×× 日	治療見込	入院 2 週間 ・ 通院　週間
医療機関	名称 〇〇病院	1．病院 2．接(整)骨院	TEL 028（×××）××××

お　願　い

1．事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、担当者宛FAX願います。また、該当するものを〇で囲んでください。
2．原則として事故の日から30日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続がスムーズに進まない場合がございます。
3．お支払金額は、治療の内容や状況に応じて算出されますので、**毎日のように通院されても全額はお支払の対象にならない**場合がございます。ご了承ください。
4．入院・通院・手術保険金ご請求の場合、ご請求金額が**１０万円を超える場合は所定の診断書が必要**になります。
また、その他の場合でも、確認のため診断書のご提出をお願いする場合がございます。
5．入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日（延長特約等の特約が付帯されている場合は、その特約内容により変更となります。）以内の入院・通院日数および該当する手術に対してのお支払となります。なお、通院保険金につきましては、1事故90日が限度となります。

★会社使用欄　FAX送信チェック □　送信日　　年　　月　　日

所管店		担当者		受付番号													

★明治安田損保検印欄

責任者		担当者	