

栃木県市町村職員共済組合 経由
 (FAX 028-615-7566)
 明治安田損害保険株式会社 損害サービス部 行
 (FAX 03-3257-3288)
事故連絡票



ご担当者 _____ 様
 TEL _____
 FAX _____
 受付日 5.平成 年 月 日

※本枠内をご記入ください。

団体名	栃木県市町村職員共済組合		(団体番号) 91-09100-5-000001 普通傷害保険 (普通傷害保険)
加入者本人	(現住所) 〒XXX-XXXX 栃木 宇都宮市大通り二丁目3番1号	日中連絡先 TEL 090-xxxx-xxxx 勤務先 TEL - - 自宅 TEL - -	(所属)
	(氏名) 上チキ ミズキ 栃木 みずき	性別 1男 生年月日 昭和XXXXXX 被保険者番号: XXXX-XXXXXXXXXX-XXX	(職種)
被保険者(補償対象者)	79才 性別 1男 生年月日 昭和XXXXXX 同上 様 (加入者本人との続柄)		100
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30年XX月XX日 AM・PM XX時XX分頃	保険期間	平成30年1月1日から1年間
事故場所	栃木 XX市XX駅前ロータリー	1. 自宅内 2. 自宅外	
事故の原状状況	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。 事故証明書: 有(証明者)・無 日撃者: 有・無		
請求項目	03 入院		
他契約	1. 有 2. 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○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 頭首・頸 20 肩 25 腕 30 胸・腹 35 背・腰 40 腕 45 手 50 脚 55 足指 60 99 その他()		
傷害態様	A1 骨折 打撲 捻挫 挫傷 擦り傷 切断 切傷 筋・腱・神経 血腫 内臓破裂 火傷 その他() B1 打撲 B2 捻挫 B3 挫傷 B4 擦り傷 D1 欠損 E1 挫創 F1 半月板・韧带損傷 G1 内出血 H1 J1 99		
手術	無・有()	固定具	無・有(ギプス)
初診日	5.平成30年XX月XX日	治療見込	入院 2週間・通院 週間
休業(入院)開始日	本人の場合、この傷病で最初に勤務を休んだ日 配偶者の場合、入院開始日		平成30年XX月XX日から
医療機関	名称 ○○病院 ①病院 2. 接(整)骨院 TEL 028 (XXX)XXXX		

お願い

- 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○で囲んでください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日(傷害総合保険の場合は1000日。また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いとなります。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 ★明治安田損保検印欄

所管店	担当者	受付番号	責任者	担当者
-----	-----	------	-----	-----