

# SI-S 事故連絡票

(傷害・物損)

FAX 059-253-1355 □ 03-3257-3288

受付日:

三重県市町村職員共済組合 経由

明治安田損害保険株式会社

ご担当者:

傷害・火災・新種保険7+ビブルP

TEL:

団体名	三重県市町村職員共済組合		団体番号	91-90078-3-000001	更新月	3月	商品名	普通傷害	所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
			団体番号	91-90078-3-000001	更新月	3月	商品名	青年アクティブ				

加入者	フリガナ	被保険者番号					所属	職種
	氏名	生年月日	SHR	年	月	日	性別	男

▼ケガの場合は受傷者、物損の場合は所有者をご記入ください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ → 太枠内をご記入ください	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	電話番号	日中連絡先	( )
	フリガナ	生年月日	SHR	年	月	日	性別	男

現住所	〒 - 都道府県	
メール	事故状況等確認のため、お電話にて確認させていただく場合がございます。長期間つながらない場合に、当社からメールでのお問い合わせを希望される際はご記入ください	

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 →	会社名	保険種類
------	---	------	--	-----	------

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"/> 20 物損	<input type="checkbox"/> 32 レンタル賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用	<input type="checkbox"/> その他
交通事故の場合	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

▼24時間表示

事故の内容	事故日	HR	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/> 自宅敷地内	<input type="checkbox"/> 自宅敷地外
	事故地	都道府県 (施設名)								
	事故状況	(何をしている時)		(何が起きて)			(どうなったのか)			

傷病名																											
	部位	10 頭	15 顔	20 首・頸	25 肩	30 胸・腹	35 背・腰	40 腕	45 手指	50 脚	55 足指	60 臓器	99 その他	AI 骨折・脱臼	BI 打撲・挫傷	B2 捻挫	DI 切断・欠損	EI 切傷・挫創	FI 筋傷	GI 半月板・靭帯損	HI 血腫・内出血	JI 内臓破裂	99 その他	固定具名 (ギプス等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	☑ 医師による固定具の常時装着指示の有無
治療見込み	初診日	HR	年	月	日	治療	HR	年	月	日	実通院日数	日	固定期間	開始	HR	年	月	日	見込	( )	日間	医療機関1	医療機関2				
	通院	HR	年	月	日	治療中	見込	週	/	日	医療機関1	医療機関2															
	入院	HR	年	月	日	見込	日	医療機関1	医療機関2																		
	休業期間	HR	年	月	日	見込	日	医療機関1	医療機関2																		
手術	名称																										
後遺障害見込あり	<input type="checkbox"/>	死亡	HR	年	月	日	電話番号	電話番号																			

物損	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
		H 年 月	<input type="checkbox"/> 未修理	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有) <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/>	