

**SI-S 事故連絡票** (賠償責任保険) (公務員賠償)

FAX 059-253-1355 □ 03-3257-3288

受付日: \_\_\_\_\_

明治安田損害保険株式会社

ご担当者: \_\_\_\_\_

三重県市町村職員共済組合 經由

傷害・火災・新種保険サービスグループ

TEL: \_\_\_\_\_

団体名	三重県市町村職員共済組合	団体番号	91-90400-3-000001	商品名	訴訟費用保険	退職者	<input type="checkbox"/>
			91-90078-3-000001		青年アクティブ		<input type="checkbox"/>

▼当事者をご記入ください

フリガナ \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_

加入者 氏名 \_\_\_\_\_ 性別  男  女 所属 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

生年月日 S H R 年 月 日

電話・メールそれぞれ優先順位をご記入ください

加入者と同じ → 太枠内をご記入ください

フリガナ \_\_\_\_\_ 加入者からみた続柄  配偶者  子  同居の親族

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S H R 年 月 日 性別  男  女

被保険者 現住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_

日中連絡先 ( )

自宅 ( )

勤務先 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

事故状況等確認のため、お問い合わせが可能なEメールアドレスをご記入ください

メール① \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

メール② \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

労災申請  有  無 他社賠償契約  無・不明  有 →

会社名 \_\_\_\_\_ 保険種類 \_\_\_\_\_

交通事故の場合  警察届出  有  無  運転中  同乗中

▼24時間表示

事故日 H R 年 月 日 ( ) 曜日 時 分 頃  自敷宅内  自敷宅外

事故地 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ (施設名) \_\_\_\_\_

事故状況 (詳しく記入してください)

(何をしている時) \_\_\_\_\_ (何が起きて) \_\_\_\_\_ (どうなったのか) \_\_\_\_\_

目撃者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入ください

当事者	フリガナ _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 _____ 才
	フリガナ _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 _____ 才
被害者	フリガナ _____	職業 _____	
	住所 〒 _____ 都道府県 _____	電話番号 _____ ( )	
賠償責任	被害物	損害品	損害見込
	対人	傷病程度	治療見込

円 週