

(有) 滋賀共済サービス
(FAX 077-525-8759)ご担当者 様
TEL - -
FAX - -
受付日 令和 年 月 日

事故連絡票(ケガ)

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。

団体名	滋賀県市町村職員共済組合	団体番号	9 1 - 9 0 6 1 8 - 9 - 0 0 0 0 0 1	商品名
			- - -	

加入者本人	現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県
	フリガナ <input type="text"/>	日中連絡先 TEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名 <input type="text"/> 様	自宅TEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

被保険者 (補償対象者)	フリガナ <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 5.女	加入者 生年月日 S・H 年 月 日	勤務先TEL	- -
	氏名 <input type="text"/> 様		生年月日 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 5.平成 <input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 6.令和 年 月 日		

被保険者番号	保険期間	平成・令和 年 月 1日から 1年間
--------	------	--------------------

請求者	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.親権者 <input type="checkbox"/> 3.法定相続人 <input type="checkbox"/> 9.その他 () 1以外の場合、氏名:
-----	--

事故日	5.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 午前・午後 時 分頃
-----	---

事故場所	都道府県 <input type="checkbox"/> 1.自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外
------	--

事故の原状状況	(何をしているとき) (何が起きて) (どうなったのか)
飲酒: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事故証明書: <input type="checkbox"/> 有 (証明者) <input type="checkbox"/> 無
	目撃者: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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"/> 30. 賠償
------	---

他契約	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.無・不明 有の場合 会社名 保険の種類 証券番号
-----	--

※病氣・けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名	死亡の場合 5.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 6.令和
-----	---

※該当の部位・態様に☑をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様のみ☑してください。

部位	<input type="checkbox"/> 10.頭 <input type="checkbox"/> 15.顔 <input type="checkbox"/> 20.首・頸 <input type="checkbox"/> 25.肩 <input type="checkbox"/> 30.胸・腹 <input type="checkbox"/> 35.背・腰・臀部 <input type="checkbox"/> 40.腕 <input type="checkbox"/> 45.手指 <input type="checkbox"/> 50.脚 <input type="checkbox"/> 55.足指 <input type="checkbox"/> 60.臓器 <input type="checkbox"/> 99.その他 ()
----	--

態様	<input type="checkbox"/> A1.骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1.打撲 <input type="checkbox"/> B2.捻挫 <input type="checkbox"/> B3.挫傷 <input type="checkbox"/> B4.擦り傷 <input type="checkbox"/> D1.切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1.切傷・挫創 <input type="checkbox"/> F1.筋・腱・神経・半月板損傷・靭帯損傷 <input type="checkbox"/> G1.血腫・内出血 <input type="checkbox"/> H1.内臓破裂 <input type="checkbox"/> J1.火傷 <input type="checkbox"/> 99.その他 ()
----	--

手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 固定具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
----	---

初診日	5.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 6.令和 治療見込 入院 / 通院
-----	--

医療機関	名称 <input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院 電話番号 - -
	名称 <input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院 電話番号 - -
	名称 <input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院 電話番号 - -

※他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者	氏名 男・女 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 加入者との関係 <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶者 <input type="checkbox"/> 3.その他親族 ()
-----	---

相手先	氏名 男・女 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
-----	---

損害内容	<input type="checkbox"/> 1.対人 <input type="checkbox"/> 2.対物 <input type="checkbox"/> 3.両方 損害品 損害額見込 千円 傷病名 全治 週間
------	--

【会社使用欄】

受付欄	保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-19.04
-----	-----------------------------