



# 事故連絡票 (傷害・物損)

 FAX 052-261-7103 

受付日: \_\_\_\_\_

ご担当者: \_\_\_\_\_

愛知県学校生活協同組合

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

団体名	愛知教職員組合連合会	団体番号	91-01837-7-000001	更新月	1月	商品名	普通傷害	所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
			91-		月						
			91-		月						

加入者	フリガナ	セイキョウ コタロウ	被保険者番号	1234567			所属	〇〇小学校	職種	教員
	氏名	生協 小太郎	生年月日	55年2月15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 checked="" 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	090 ( 1111 ) 2222
	フリガナ						自宅	052 ( 1234 ) 1234
	生年月日	年 月 日	性別	男			勤務先	052 ( 1111 ) 2222

〒453-0000 愛知 都道府県 名古屋市中村区明安町1-2-3

メール @

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

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 checked="" type="checkbox"/> 04 通院	<input type="checkbox"/> 07 手術	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	その他 その→	交通事故の場合 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"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中
	▼24時間表示									

事故の内容	事故日	H 1 年 7 月 5 日 14 時 00 分頃	<input type="checkbox"/> 自敷宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自敷宅外
	事故地	愛知 都道府県 名古屋市中区1丁目 (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) 休日に子どもの野球クラブ活動指導中、 (何が起きて) ボールを取ろうと走っていて転倒し、 (どうなったのか) 右手首をついた際に靭帯を痛めた。	

傷病名	右屈筋支帯損傷																																												
	<table border="1"> <tr> <th>部位</th> <th>10 頭</th> <th>15 顔</th> <th>20 首・頸</th> <th>25 肩</th> <th>30 胸・腹</th> <th>35 背・腰</th> <th>40 腕</th> <th>45 手指</th> <th>50 脚</th> <th>55 足指</th> <th>60 臓器</th> <th>99 その他</th> <th>症状</th> <th>AI 骨折・脱臼</th> <th>BI 打撲・挫傷</th> <th>B2 捻挫</th> <th>DI 切断・欠損</th> <th>EI 切傷・挫創</th> <th>FI 筋傷</th> <th>GI 半月板・靭帯損</th> <th>HI 血腫・内出血</th> <th>J1 内臓破裂</th> <th>99 火傷</th> <th>99 その他</th> <th>固定具名 (ギプス等)</th> <th>無</th> <th>有</th> <th>固定具名</th> <th>ギプス</th> <th>ギプスシーネ</th> <th>ギプスシャーレ</th> <th>シーネ</th> <th>その他</th> </tr> </table>												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	症状	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	J1 内臓破裂	99 火傷	99 その他	固定具名 (ギプス等)	無	有	固定具名	ギプス	ギプスシーネ	ギプスシャーレ	シーネ
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	症状	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	J1 内臓破裂	99 火傷	99 その他	固定具名 (ギプス等)	無	有	固定具名	ギプス	ギプスシーネ	ギプスシャーレ	シーネ	その他												
治療見込み	初診日	H 1 年 7 月 8 日																																											
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	H 1 年 7 月 8 日 ~	<input checked="" type="checkbox"/> 治療	H 1 年 7 月 20 日	実通院日数	5 日																																							
	<input type="checkbox"/> 入院	H 年 月 日 ~	H 年 月 日	見込日																																									
	休業期間	H 年 月 日 ~	H 年 月 日	見込日																																									
07 手術	名称																																												
02 後遺障害見込あり	<input type="checkbox"/> 死亡 H 年 月 日																																												
医療機関																																													
愛知病院												電話番号 052-333-3333																																	

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 円 R	年 月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20.盗難
		H 円 R	年 月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20.盗難