



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 氏名 生協 小太郎	フリガナ	セイキョウ コタロウ	被保険者番号	N0123456		所属	〇〇小学校	職種	教員
	生年月日	55年 2月 15日	性別	男	女				

▼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 氏名	<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	女	勤務先	052 (1111) 2222	

現住所	〒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	<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	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																												
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	A1 骨折・脱臼	B1 打撲・挫傷	B2 捻挫	D1 切断・欠損	E1 切傷・挫創	F1 筋傷	G1 半月板・靭帯損	H1 血腫・内出血	I1 内臓破裂	J1 火傷	99 その他	固定具(ギプス等)	<input checked="" 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		
傷害	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																									
	<input type="checkbox"/> 手術	名称																											
<input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり																													

物損 保険の対象	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