



# 事故連絡票 (傷害・物損)

FAX 052-261-7103

受付日: \_\_\_\_\_

ご担当者: \_\_\_\_\_

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

愛知県学校生活協同組合

団体名 <b>愛知教職員組合連合会</b>	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 <b>生協 小太郎</b>	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	性	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 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	性		男	勤務先

〒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  有  無 他社契約  無・不明  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
▼24時間表示									
交通事故の場合	<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	

事故日	H R	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	<b>愛知 都道府県 名古屋市中区1丁目</b> (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)						
詳細記入してください	休日に子どもの野球クラブ活動指導中、			ボールを取ろうと走っていて転倒し、				右手首をついた際に靭帯を痛めた。						

傷病名	<b>右屈筋支帯損傷</b>																														
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	JI 内臓破裂	99 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			
	初診日	H R	1	年	7	月	8	日	<input checked="" type="checkbox"/> 治療	H R	1	年		7	月	20	日	実通院日数	5	日	固定具名	ギプス	ギプス	ギプス		シーネ	その他	固定期間	開始	H R	年
治療見込み	<input type="checkbox"/> 入院	H R	年	月	日	~	H R	年	月	日	見込日	医療機関1																			
	休業期間	H R	年	月	日	~	H R	年	月	日	見込日	医療機関2																			
	<input type="checkbox"/> 手術	名称											愛知病院																		
<input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり	死亡											H R	年	月	日	電話番号 052-333-3333															

物損 保険の対象	損害品名	購入金額	H R	年	月	修理状況	修理代	損害区分
		円				<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
		円				<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