



# 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 <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	フリガナ	フリガナ	被保険者番号		所属		職種	
	生年月日	SHR	年	月	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 type="checkbox"/> 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	<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	( )	
	生年月日	SHR	年	月	日	性別	男女	自宅	( )	
勤務先	( )									
現住所	〒 - 都道府県									
メール	@									

労災申請  有  無 他社契約  無・不明  有 → 会社名 保険種類

請求項目	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 運転中	同乗中	<input type="checkbox"/>
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----	---------	------	---	------	---	----	---	-----	--------------------------

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/> 自敷地内 <input type="checkbox"/> 自敷地外
	事故地	都道府県 (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

傷害	傷病名																															
	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	固定具名 (ギプス等)	無	有	ギプス	ギプスシャーレ	シーネ	その他
治療見込み	初診日	H R	年	月	日	治療	H R	年	月	日	実通院日数	日	固定期間	開始	H R	年	月	日	見込	( )	日間											
	通院	<input type="checkbox"/>	H R	年	月	日	治療中	見込	週 /	日	医療機関1	医療機関2																				
	入院	<input type="checkbox"/>	H R	年	月	日	見込	日	医療機関																							
	休業期間	H R	年	月	日	見込	日	医療機関																								
手術	<input type="checkbox"/>	07 名称																														
後遺障害見込あり	<input type="checkbox"/>	02	死亡	H R	年	月	日	電話番号	電話番号																							

物損	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