



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	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							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	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	<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	<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	症状	<input type="checkbox"/> AI 骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> BI 打撲・挫傷	<input type="checkbox"/> B2 捻挫	<input type="checkbox"/> DI 切断・欠損	<input type="checkbox"/> EI 切傷・挫創	<input type="checkbox"/> FI 筋傷	<input type="checkbox"/> GI 半月板・靭帯損	<input type="checkbox"/> HI 血腫・内出血	<input type="checkbox"/> JI 内臓破裂	<input type="checkbox"/> 99 その他	固定具名 (ギプス等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	固定具名	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他	医師による固定具の常時装着指示の有無
	初診日	H R	年	月	日	治療	<input type="checkbox"/> 治療中	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								
	入院	<input type="checkbox"/>	H R	年	月	日	見込日	H R	年	月	日	医療機関1	医療機関2																
	休業期間	H R	年	月	日	見込日	H R	年	月	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	修理代	円	損害区分	<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 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