

明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ 行

ご担当者 _____ 様

事故連絡票

TEL - -

FAX - -

※太枠内をご記入ください。

受付日 6. 令和 年 月 日

団体名	栃木県市町村職員共済組合		団体番号	普通傷害	91- 09100 - 5 - 000000		
					91-		
					91-		
加入者本人	(現住所) 〒 ××× - ××××			日中連絡先TEL		090-××××-××××	
	栃木 都道 宇都宮市 大通り2丁目3番1号 栃県			勤務先TEL		- -	
	(加入者氏名) 栃木 みずき			(所属) ○○市役所		(職種) ○○課	
被保険者	カガナ トチギ ミズキ			①男・5女 生年月日 2. 大正③昭和 5.平成 6. 令和 55年 5月 1日			
補償対象者				(被保険者番号)			
	栃木みずき 様			0	0	×	×
請求者	被保険者との続柄 ①本人 2.親権者 3.法定相続人 9. () 1以外の場合、氏名:						
事故日	5. 平成 2年 ×月 ×日		AM	PM	×	×	×
	⑥ 令和		保険期間		平成 2年 1月1日から 令和 1年間		
事故場所	栃木 都道 ××市 ○○駅前ロータリー 栃県		1. 自宅内		⑥ 自宅外		
事故の状況	(何をしているとき) バスに乗ろうとしている時						
	(何が起きて) バスに乗ろうとしているときに転倒した。 (どうなったのか) 右足を骨折した。						
	飲酒: 有・⑥無		事故証明書: 有(証明者)・⑥無		目撃者: ⑥有・無		
請求項目	01	02	⑥03	04	07	()	
	死亡	後遺障害	入院	通院	手術	その他()	
他契約	1.有⑥無・不明		有の場合		会社名 保険会社: 保険: 証券番号		

事故原因 () 損保事故コード (免責:) (商品:)

傷病名 _____ 死亡の場合: 死亡日 5. 平成 6. 令和 年 月 日

※該当のケガの部位・態様に○をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様に◎をお付けください。

傷害部位	10	15	20	25	30	35	40	45	⑤0	55	60	99
	頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰・臀部	腕	手指	脚	足指	臓器	その他()
傷害態様	⑥A1	B1	B2	B3	B4	D1	E1	F1	G1	H1	J1	99
	骨折	打撲	捻挫	挫傷	擦り傷	切断	切傷	筋・腱・神経	血腫	内臓破裂	火傷	その他()
	脱臼					欠損	挫創	半月板・靭帯損傷	内出血			
手術	⑥無・有()		固定具		⑥無・有()							
初診日	5. 平成⑥令和 2年 ×月 ×日		治療見込		⑥入院		2週間		通院		週間	
医療機関	名称 ○○病院		1. 病院 2. 接(整)骨院		TEL ×××(×××)××							

お 願 い

1. 事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、担当者宛FAX願います。また、該当するものを○で囲んでください。

2. 原則として事故の日から30日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続きがスムーズに進まない場合がございます。

3. お支払金額は、治療の内容や状況に応じて算出されますので、毎日のように通院されても全額はお支払の対象にならない場合がございます。ご了承ください。

4. 入院・通院・手術保険金ご請求の場合、ご請求金額が10万円を超える場合は所定の診断書が必要になります。また、その他の場合でも、確認のため診断書のご提出をお願いする場合がございます。

5. 入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日(延長特約等の特約が付帯されている場合は、その特約内容により変更となります。)以内の入院・通院日数および該当する手術に対してのお支払となります。なお、通院保険金につきましては、1事故90日が限度となります。

★会社使用欄 FAX送信チェック 送信日 年 月 日

★明治安田損保検印欄

所管店	担当者	受付番号	責任者	担当者
-----	-----	------	-----	-----