

事故連絡票

※太枠内をご記入ください。

TEL - -
 FAX - -

受付日 5.平成 年 月 日

団体名	岡山県学校生活協同組合		団体番号	91-25003-9-000001									
加入者本人	(現住所) 〒 -			日中連絡先TEL	-	-							
	都道			勤務先TEL	-	-							
	府県			自宅TEL	-	-							
	(加入者氏名)	(所属)		(職種)									
			様										
被保険者	カガナ		1.男・5女		生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 5. 平成 年 月 日								
補償対象者			(被保険者番号)										
			様										
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 年 月 日 AM・PM 時 分頃				保険期間	平成 年 月 1日から 1年間							
事故場所	都道府県		1. 自宅内・自宅外								コード		
事故の 原因 状況	事故証明書：有(証明者)・無 目撃者：有・無												
請求項目	O3 O4 () 入院 通院 その他 ()												
他契約	1.有 5.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 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 頭	15 顔	20 首・頸	25 肩	30 胸・腹	35 背・腰・臀部	40 腕	45 手指	50 脚	55 足指	60 臓器	99 その他 ()	
傷害態様	A1 骨折 脱臼	B1 打撲	B2 捻挫	B3 挫傷	B4 擦り傷	D1 切断 欠損	E1 切傷 挫創	F1 筋・腱・神経 半月板・靭帯損傷	G1 血腫	H1 内臓破裂	J1 火傷	99 その他 ()	
手術	無・有 ()						固定具	無・有 ()					
初診日	5. 平成 年 月 日				治療見込	入院 週間・通院 週間							
医療機関	名称 1. 病院 2. 接(整)骨院 TEL ()												

お願い

- 事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、上記宛FAX願います。また、該当するものを○で囲んでください。
- 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。
- 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。
- 入院・通院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。
- 入院・通院保険金は、事故の日から180日(傷害総合保険の場合は、1,000日。また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、日常生活や平常業務に支障がある期間内の通院日がお支払対象になり、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
-----	-----	------	-----	-----

普通傷害用

A3652(2005.04)(コ)