

# ご記入要領

|  |  |
|--|--|
| 事由 <span style="float: right;">ST S</span>                     |  |
| 明治安田損害保険株式会社 損害サービス部 行<br>(FAX 03-3257-3288)                   |  |
| ご担当者 _____ 様   |  |
| 事故連絡票  |  |
| ※太枠内をご記入ください。  |  |
| 受付日 5.平成 年 月 日   |  |
| 団体名  | 島根県市町村職員共済組合<br>(団体番号) 91-90606-5-000001 守るくん (総合補償)   |
| 加入者本人  | (現住所) 〒 XXX-XXXX<br>〇〇〇都道府県 〇〇〇市 〇〇〇町X-X<br>日中連絡先 TEL XXX-XXXX-XXXX<br>勤務先 TEL XXX-XXXX-XXXX<br>自宅 TEL XXX-XXXX-XXXX<br>(氏名) _____ (所属) 総務課<br>_____ (職種) 事務<br>性別 _____ 生年月日 3昭和 年 月 日<br>被保険者番号: 0000-000  |
| 被保険者(補償対象者)  | 〇〇〇 性別 _____ 生年月日 3昭和 年 月 日<br>同上 様 (加入者本人との続柄)<br>本人・配偶者・子ども・その他 ( ) 100  |
| 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 XX年 XX月 XX日 (AM)・PM XX時 XX分頃<br>保険期間 平成 XX年 XX月 1日から1年間   |
| 事故場所   | 〇〇〇都道府県 〇〇〇市 〇〇〇町X-X<br>1. 自宅内 (自宅外)   |
| 事故の原因状況  | 自転車運転中、交差点で右折してきた自動車とぶつかり、転倒して、けがをした。<br>事故証明書: ( ) (証明者) ・ 無 目撃者: 有・( )   |
| 請求項目   | 04 通院  |
| 他契約  | 1.( ) 5.無・不明 有の場合 会社名 _____ 〇〇損害 保険会社: 普通損害 保険: 証券番号 12345678  |
| 事故原因 ( ) 損保事故コード (免責: ) (商品: )                                 |  |
| 傷病名  | 右大腿骨骨折、右大腿部打撲 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 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 99<br>頭 顔 首・頸 肩 胸・腹 背・腰 臀部 手指 (脚) 足指 臓器 その他 ( )   |
| 傷害態様   | A1 B1 B2 B3 B4 D1 E1 F1 G1 H1 J1 99<br>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 ( )<br>欠損 挫創 半月板・靭帯損傷 内出血  |
| 手術   | 無・( ) ( 上腕骨骨折接合術 ) 固定具 無・( ) (ギプス)   |
| 初診日  | 5.平成 XX年 XX月 XX日 治療見込 入院 4 週間・通院 8 週間  |
| 休業(入院)開始日  | 本人の場合、この傷害で最初に勤務を休んだ日 配偶者の場合、入院開始日 平成 XX年 XX月 XX日から  |
| 医療機関   | 名称 〇〇総合病院 ① 病院 2. 接(整)骨院 TEL XXX-XXXX-XXXX   |
| お願   | 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。<br>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、お手続がスムーズに進まない場合がございます。<br>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称にならない場合がございます。ご了承ください。<br>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。<br>5. 入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日(傷害総合保険の場合は1000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・通院日数および該当する手術に対してのお支払いとなります。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 <input type="checkbox"/> 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 _____   |

加入者のお名前(漢字)をご記入ください。

事故の発生状況をお分かりになる範囲で、できる限り詳しくご記入ください。