

ご担当者 _____ 様

TEL - -

FAX - -

受付日 5. 平成 年 月 日

事故連絡票

※太枠内をご記入ください。

| | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------|------------|---------|----------|------------------------------------|
| 団体名 | 一般財団法人 青森県教育厚生会 | | 団体番号 | (商品名) LR | 91-90293-8-000001 |
| | | | | (商品名) | 91- |
| | | | | (商品名) | 91- |
| 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 險 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 |
| 事故の原状状況 | 事故証明書: 有(証明者)・無 目撃者: 有・無 | | | | |
| 請求項目 | 01 死亡 | 02 後遺障害 | 03 入院 | 04 通院 | 07 手術 |
| | | | | | 20 賠償 |
| | | | | | 30 物損 |
| | | | | | 32 賠償 |
| | | | | | 40 以外賠償 |
| | | | | | 41 キャンセル費用 |
| | | | | | 救済者費用等 |
| | | | | | 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:)

◆けがをされた場合、以下をご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|-------|--------|-------------|-------------|-----------------------|--------------|---------|-------|------------------------|
| 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 内出血 | 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 () | | | | | | | | | | | |

◆ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

| 損害品区分 | 損害品名 | 購入金額 | 購入年月 | 修理代 | 損害区分 | 目的外 |
|----------|------|------|------|-----|--------------------------------------|-------|
| 1.身の回り品 | | 千円 | 年 月 | 千円 | 1. 破損 (A. 現物有 B. 写真有) 20. 盗難 99. その他 | 無・1・2 |
| 2.現金・乗車券 | | 千円 | / | / | 1. 破損 (A. 現物有 B. 写真有) 20. 盗難 99. その他 | 無・1・2 |

◆他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

| | | | | |
|-------|---------------------------------|-----|-------|-------|
| 当 事 者 | 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 加入者とのご関係 1. 本人 2. 配偶者 3. その他() | | | |
| 相 手 先 | 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 連絡先 TEL | | | |
| 損害の内容 | 1. 対人 2. 対物 3. 両方 | 損害品 | 損害額見込 | 千円 |
| | | | 傷病名 | 全治 週間 |

◆その他の事故の場合は、以下をご記入ください。

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 損害内容 | | | | |
|------|--|--|--|--|

★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 |
|-----|-----|------|-----|-----|

LR・CLR・傷害総合用 (+普通傷害) A3654 (2013.10)(コ)