

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	(訴訟費用保険)	91-90493-4-000001	
加入者本人	(現住所) 〒 -	都道		日中連絡先TEL		- -
	府県			勤務先TEL		- -
	(加入者氏名)	(所属)	様		(職種)	
被保険者	カガナ		1.男・5.女		生年月日 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
事故の原状	事故証明書: 有(証明者)・無 目撃者: 有・無					
請求項目	34	35	01	02	30	( )
	公務員賠償 公務員争訟費用		死亡	後遺障害	個人賠償	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: )

◆業務上の行為により、住民訴訟(住民監査請求を含む)または民事訴訟を提起された場合は、以下をご記入ください。  
 (※)上記の「事故日」欄は、訴訟を提起された日をご記入ください。

訴訟の原因とされる業務を行なった日	年 月 日	損害賠償請求額	円
損害賠償請求者	住所		
	氏名		
損害賠償請求の内容			

◆日常生活中に、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

◆死亡・後遺障害のご請求の場合、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	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	A1	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				
初診日	5. 平成 年 月 日												
医療機関	名称		1. 病院 2. 接(整)骨院		TEL		( )						

★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
-----	-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----