

三重県市町村職員共済組合 経由(FAX 059-253-1355)

明治安田損害保険株式会社 傷害保険サービスグループ

ご担当者 様

事故連絡票 (FAX 03-3257-3288)

TEL - - FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 5.平成 年 月 日

団体名 三重県市町村職員共済組合 団体番号 91-90078-3-000001 商品名 普通傷害 青年アクティブ

加入者本人 現住所 〒 都道府県 日中連絡先TEL 自宅TEL 加入者生年月日 S・H 年 月 日 勤務先TEL

被保険者(補償対象者) 氏名 性別 1.男 2.女 3.昭和 4.平成 5.大正 6.明治 生年月日

被保険者番号 0000- 保険期間 平成 年 月 1日から1年間

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.その他( ) 1以外の場合、氏名:

事故日 5.平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故場所 都道府県 1.自宅内 2.自宅外

事故の原状状況 事故証明書: 有(証明者) 無

請求項目 01.死亡 02.後遺障害 03.入院 04.通院 07.手術 20.物損 30.賠償 32.レンタル賠償 40.キャンセル費用 その他( )

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合会社名 保険の種類 証券番号

※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・態様のみ☑してください。 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.半月板損傷・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 電話番号 - -

※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。

Table with 6 columns: 損害品区分, 損害品名, 購入金額, 購入年月, 修理代, 損害区分. Rows for 1.身の回り品 and 2.現金・乗車券.

※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 昭和 平成 大正 明治 年 月 日 加入者との関係 1.本人 2.配偶者 3.その他親族( ) 相手先 氏名 男・女 生年月日 昭和 平成 大正 明治 年 月 日 損害内容 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

【会社使用欄】 保険会社 明治安田生命 代理店 K1102-14.04 受付欄