

ご担当者 _____ 様

TEL - -
 FAX - -

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	高知県庁消費生活協同組合		団体番号	CLR 91-25411-1-000000 青年アクティブ 91-25411-1-000000 91-
加入者本人	(現住所) 〒 - 都道府県	日中連絡先TEL - - 勤務先TEL - - 自宅TEL - -		
	(加入者氏名)	(所属)	(職種)	
被保険者 (補償対象者)	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 (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	01 02 03 04 20 30 32 40 () 死亡 後遺障害 入院 通院 物損 賠償 以外賠償 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	保険会社:	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	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 脱臼	打撲	捻挫	挫傷	擦り傷	切断 欠損	切傷 挫創	筋・腱・神経 半月板・靭帯損傷	血腫 内出血	内臓破裂	火傷	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
-----	-----	------	-----	-----