

# 事故連絡票

※太枠内をご記入ください。

団体名	高知県庁消費生活協同組合		団体番号	STD	91- 90083 - 0 - 000000			
				DD-LTD	91- 90083 - 0 - 000000			
					91-			
被保険者	カガナ 1.男・5.女 生年月日 3.昭和 5.平成 年 月 日							
	(被保険者番号)							
	様							
請求者	(現住所) 〒 -		都道		府県		日中連絡先 - -	
	(所属)		(職種)		勤務先電話番号 - -		自宅電話番号 - -	
	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		
	(病気の場合は発病日を記入してください)							
休業開始日 (この傷病で最初に勤務を休んだ日)			5. 平成 年 月 日 ~					
事故場所	都道府県						コード	
事故の 原因 状況	ご病気による場合は、発病の経緯をご記入ください。							
	事故証明書	無・有 (証明者 )			目撃者	無・有		
請求項目	81 所得補償		83 長期所得補償					
傷病の 内容	傷病名							
	症状							
	初診日	H 年 月 日	既往症	無・有 → 傷病名 ( ) 年 月 頃				
	入院	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		通院	H 年 月 日 ~ H 年 月 日			
	手術	無・有 ( )		治癒見込	平成 年 月 頃			
医療機関	名称				電話	- -		
	住所							
	受診科		担当医師					
他契約	有 無・不明		有の場合 会社名		保険会社 :		保険 : 証券番号	

(ご注意)

1. 事故連絡票は判明している範囲でできる限り詳しくご記入の上、担当者宛FAX願います。
2. 原則として、休職開始 (有給休暇を含みます) から30日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続きがスムーズに進まない場合がございます。
3. お支払金額は、就業障害 (不能) 状態の内容等により算出されます。免責期間終了後の休職期間全てが対象となるわけではございませんので予めご了承ください。

★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
-----	-----

STD・LTD用

A3654 (2005.04)(コ)