

SI-S 事故連絡票 (傷害・物損)

虹のサービス有限会社 経由 (FAX:088-822-1837)

明治安田損害保険株式会社
傷害・火災・新種保険 サービスグループ行

受付日: _____

ご担当者: _____

TEL: 088 (821) 4680

団体名	高知県庁消費生活協同組合	団体番号	91-25411-1-000000
-----	--------------	------	-------------------

加入者	フリガナ	被保険者番号		所属	職種
	氏名	生年月日	年 月 日		

▼ケガの場合は受傷者、物損の場合は所有者をご記入ください。

被保険者	加入者と同じ → 太枠内をご記入ください	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	電話番号	日中連絡先	()
	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男 女		自宅	()

現住所	〒 _____	都道府県	_____
-----	---------	------	-------

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有	会社名	_____	保険種類	_____
------	---	------	--	-----	-------	------	-------

請求項目	<input type="checkbox"/> 01 死亡	<input type="checkbox"/> 02 後遺障害	<input type="checkbox"/> 03 入院	<input type="checkbox"/> 04 通院	<input type="checkbox"/> 07 手術	<input type="checkbox"/> 20 物損	<input type="checkbox"/> 32 レンタル賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用	<input type="checkbox"/> その他	交通事故の場合	運転免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転	<input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中
------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------	------	---	------	---	----	---

事故の内容	事故日	H R 年 月 日 時 分 頃	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地外
	事故地	都道府県 (施設名)	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 敷地外
	事故状況	(何をしている時) (何が起きて) (どうなったのか)	

傷害	部位	<input type="checkbox"/> 10 頭 <input type="checkbox"/> 15 顔 <input type="checkbox"/> 20 首・頸 <input type="checkbox"/> 25 肩 <input type="checkbox"/> 30 胸・腹 <input type="checkbox"/> 35 背・腰 <input type="checkbox"/> 40 腕 <input type="checkbox"/> 45 手指 <input type="checkbox"/> 50 脚 <input type="checkbox"/> 55 足指 <input type="checkbox"/> 60 臓器 <input type="checkbox"/> 99 その他	<input type="checkbox"/> A1 骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1 打撲・挫傷 <input type="checkbox"/> B2 捻挫 <input type="checkbox"/> D1 切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1 切傷・擦り傷・挫創 <input type="checkbox"/> F1 筋・腱・神経 <input type="checkbox"/> G1 半月板・靭帯損傷 <input type="checkbox"/> H1 血腫・内出血 <input type="checkbox"/> J1 内臓破裂 <input type="checkbox"/> 99 その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 固定具名 (ギプス等) <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギブスシーネ <input type="checkbox"/> ギブスシャレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他
	治療見込み	初診日 H R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院 H R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 治療中 見込 週 / 日 <input type="checkbox"/> 入院 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日 見込日 休業期間 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日 見込日 <input type="checkbox"/> 手術 名称 _____ <input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり <input type="checkbox"/> 死亡 H R 年 月 日	実通院日数 日 医療機関1 _____ 医療機関2 _____ 電話番号 _____	

物損	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
		円	H R 年 月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1. 破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 盗難