

普通傷害用

FAX フリーダイヤル 0120-53-4556

* 番号をよくご確認ください

担当者 保険共済課 木村 山岸

事故連絡票

※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 6.令和 年 月 日

団体名	栃木県学校生活協同組合	団体番号	91-01811-7-000001	商品名	普通傷害

[illegible]

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. 筋・腱・神経・ 半月板損傷・靱帯損傷	☐ 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	— —							

【会社使用欄】

受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店	K1101-19.04
-----	------	--------	-----	-------------

お 願 い

1. 事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、担当者宛FAX願います。また、該当するものを○で囲んでください。
2. 原則として事故の日から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、治療の内容や状況に応じて算出されますので、毎日のように通院されても全額はお支払の対象にならない場合がございます。ご了承ください。
4. 入院・通院・手術保険金ご請求の場合、ご請求金額が 10万円を超える場合は所定の診断書が必要になります。
また、その他の場合でも、確認のため診断書のご提出をお願いする場合がございます。
5. 入院・通院・手術保険金は、事故の日から180日（延長特約等の特約が付帯されている場合は、その特約内容により変更となります。）以内の入院・通院日数および該当する手術に対してのお支払となります。なお、通院保険金につきましては、1事故90日が限度となります。

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

普通傷害用

A3652 (2013.10)(コ)