

団体名	栃木県学校生活協同組合	団体番号	91 - 0 1 8 1 1 - 7 - 0 0 0 0 0 1	更新月	2 月	商品名	普通傷害	所得補償	退職者
			91 - / / - - / /		月				
			91 - / / - - / /		月				

加入者	氏名	フリガナ	被保険者番号 (職員番号)	生年月日	SHR	年	月	日	性別	男	女	所属	職種

▼ケガの場合は受傷者をご記入ください。

被保険者	氏名	フリガナ	加入者からみた続柄	配偶者	子	同居の親族	電話番号	日中連絡先	()
								自宅	()
								勤務先	()
								現住所	〒 - 都道府県

労災申請	☐ 有 ☐ 無	他社契約	☐ 無・不明 ☐ 有 →	会社名	保険種類
------	---	------	--	-----	------

請求項目	☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 07	☐ 20	☐ 32	☐ 40	その他 →	交通事故の場合	運転免許	☐ 有 ☐ 無	警察届出	☐ 有 ☐ 無	運転	☐ 運転中 ☐ 同乗中
	入院	通院	手術													

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R	年	月	日	時	分	頃	☐ 敷地内 ☐ 敷地外
	事故地	都道府県 (施設名)							☐ 敷地内 ☐ 敷地外
	事故状況 詳しく記入してください	(何をしている時)		(何が起きて)			(どうなったのか)		

傷害	傷病名																													
	部位	☐ 10	☐ 15	☐ 20	☐ 25	☐ 30	☐ 35	☐ 40	☐ 45	☐ 50	☐ 55	☐ 60	☐ 99	症状	☐ AI	☐ BI	☐ B2	☐ DI	☐ EI	☐ FI	☐ GI	☐ HI	☐ JI	☐ 99	固定具 (ギプス等)	☐ 無 ☐ 有	☐ 医師による固定具の常時装着指示の有無			
		頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰	腕	手指	脚	足指	臓器	その他 →		骨折・脱臼	打撲・挫傷	捻挫	切断・欠損	切傷・挫創	筋・腱・神経・半月板・靱帯損	血腫・内出血	内臓破裂	火傷	その他		固定具名	ギプス	ギブスシーネ	ギブスシャーレ	シーネ
	治療見込み	初診日	H R	年	月	日	治療中 見込 週 / 日	実通院日数 日	医療機関1	医療機関2	電話番号	電話番号																		
		☐ 通院	H R	年	月	日 ~							☐ 治療中 見込 週 / 日	☐ 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													
		☐ 手術	07 名称																											
		☐ 後遺障害見込あり	02	☐ 死亡	H R	年							月	日																

※ 請求書類の送付先 (どちらかに○) 学校 ・ 自宅