



LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

茨城県市町村職員共済組合 経由 (FAX 029-301-1448)

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 (FAX 03-3257-3288)

ご担当者 様

TEL - -

FAX - -

## 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	茨城県市町村職員共済組合	団体番号	9	1	-	9	0	8	0	0	-	5	-	0	0	0	0	0	0	0	0	商品名	CLR
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

加入者本人	現住所	〒	□□□□	-	□□□□□□	都道府県	□□□□	日中連絡先TEL	□□□□	-	□□□□	-	□□□□
	フリガナ	※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。											
	氏名	様											
被保険者(補償対象者)	フリガナ	※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。											
	氏名	様											
性別		<input type="checkbox"/> 1.男		<input type="checkbox"/> 5.女		生年月日		<input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 5.平成		<input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 6.令和		□□年 □□月 □□日	
被保険者番号		0 0 0 0 -		-		保険期間		令和 年 月 1日から 1年間					

請求者	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.親権者 <input type="checkbox"/> 3.法定相続人 <input type="checkbox"/> 9.その他 ( ) 1以外の場合、氏名:												
事故日	6.令和 □□年 □□月 □□日 午前・午後 時 分頃												
事故場所	都道府県 □□□□ □□□□ <input type="checkbox"/> 1.自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外												

事故の原因状況	(何をしているとき) (何が起きて) (どうなったのか)		
飲酒: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事故証明書: <input type="checkbox"/> 有 (証明者) <input type="checkbox"/> 無 目撃者: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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"/> 30.賠償 <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 ( )		
他契約	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.無・不明 有の場合 会社名 保険の種類 証券番号		

傷病名	死亡の場合 死亡日	6.令和 □□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	<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・臀部 <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 ( )		
傷害態様	<input type="checkbox"/> A1.骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1.打撲 <input type="checkbox"/> B2.捻挫 <input type="checkbox"/> B3.挫傷 <input type="checkbox"/> B4.擦り傷 <input type="checkbox"/> D1.切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1.切傷・挫創 <input type="checkbox"/> F1.筋・腱・神経・半月板損傷・韧带損傷 <input type="checkbox"/> G1.血腫・内出血 <input type="checkbox"/> H1.内臓破裂 <input type="checkbox"/> J1.火傷 <input type="checkbox"/> 99.その他 ( )		
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 固定具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
初診日	6.令和 □□年 □□月 □□日		治療 入院 週間 / 通院 週間
医療機関	名称 <input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院 電話番号 - -		

※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
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
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

※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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	加入者とのご関係	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶者 <input type="checkbox"/> 3.その他親族 ( )
相手先	氏名	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
損害内容	<input type="checkbox"/> 1.対人 <input type="checkbox"/> 2.対物 <input type="checkbox"/> 3.両方		損害品	損害額見込	千円	傷病名 全治 週間

【会社使用欄】			
受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店 K1102-19.04