

# 事故連絡票 記入例

「事故連絡票」に漏れがあると、保険金の支払いまでに時間を要する場合がございます。  
 正確にご記入の上ご提出ください。

①～⑦まで  
 ご確認の上、正確に  
 記入してください。

① 加入者名・連絡先を  
 記入します。

② 被保険者を記入します。

③ 事故日・事故場所・事  
 故の原因状況を記入  
 します。

④ 該当の請求項目に  
 「✓」を記入します。

※請求可能な項目につきましては、  
 ご加入の内容をご確認ください。

⑤ ケガをして通院され  
 た場合は記入します。

⑥ ご自分の物の損害の  
 場合は記入します。

⑦ 他人の身体や財物に  
 損害を与えた場合は  
 記入します。

SI-S		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)					
事故連絡票				ご担当者 様	
※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。				TEL - -	
				FAX - -	
				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	91-90800-5-0000000
				商品名	CLR
加入者本人	現住所 〒310-XXXX	茨城 都道府県	水戸市〇〇町978-26	日中連絡先 TEL	090-XXXX-XXXX
	フリガナ イハ・ラキ・タロウ	茨城 太郎 様		自宅 TEL	029-XXXX-XXXX
	氏名	所属	水戸市役所 職種 事務	勤務先 TEL	029-XXXX-XXXX
被保険者	フリガナ イハ・ラキ・タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 5.女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 5.平成 <input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 6.令和 36年01月02日
補償対象者	氏名	茨城 太郎 様			
	被保険者番号	0000-XXXXXX		保険期間	令和2年3月1日から1年間
請求者	被保険者との続柄 <input checked="" 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 ( ) (以外の場合、氏名: )				
事故日	6.令和 02年04月01日 午前・(午後) 3 時 15 分頃				
事故場所	東京 都道府県 渋谷区渋谷1-5 <input type="checkbox"/> 1.自宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外				
事故の原因状況	(何をしているとき) 自動車運転中、		(何が起きて) 右折したところ、	(どうなったのか) 対向直進車と衝突し、負傷した。	
	飲酒: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事故証明書: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (証明者 ) <input type="checkbox"/> 無	目撃者: <input checked="" 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 checked="" 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 ( ) その他 ( )				
他契約	<input checked="" type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.無・不明		有の場合 会社名	〇〇損害保険	保険の種類
ケガをされた場合、以下をご記入ください。	傷病名 右上腕骨骨折、頸椎捻挫				
	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> A1.骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1.打撲 <input checked="" 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.半月板損傷・靭帯損傷 <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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( )		固定具	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( )	
初診日	6.令和 02年04月01日			治療見込	入院 週間 / 通院 2 週間
医療機関	名称 水戸総合病院		<input checked="" type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院 電話番号 029-XXXX-XXXX		
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	加入者との関係 <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶者 <input type="checkbox"/> 3.その他親族 ( )
	氏名	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
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	

# ケガ通院補償 ご請求の流れ

## ①事故連絡票のご提出

事故が発生しましたら、51ページの事故連絡票をコピーいただき、記入例を参考にご記入のうえ茨城県市町村職員共済組合（FAX 029-301-1448）までご提出ください。

（※事故が発生したときは、事故の発生の日からその日を含めて30日以内に団体窓口または明治安田損害保険(株)へお知らせください。正当な理由がなく通知が遅れた場合は、保険金を全額お支払いできないことがあります。）

## ②明治安田損害保険株式会社より請求書類のご案内

FAXで事故連絡票を提出後、明治安田損害保険株式会社より保険金請求書類のご案内をいたします。必要書類をご記入、ご準備いただき、ご提出ください。



## 給付事例 (以下のような場合、給付金をお支払いします。)

**傷害による通院**

消防活動でケガをした

車にはねられてケガをした

料理中にケガをした

階段から転倒してねんざした

サッカーで肉離れした

地震でタンスの下敷きになりケガをした

**携行品損害**

旅行中、ひったくりにあいカバンを盗まれた  
※警察の盗難届が必要

外出先でメガネを誤って落とし破損した

会社のトイレで携帯電話を誤って水に濡らして破損した  
※補償サービスを利用する場合は、補償サービス負担金額が対象となります(時価額限度)

釣りをした帰りに釣り竿を車に積み込もうとして折ってしまった

**個人賠償責任**

自転車で通行人にケガをさせた  
※仕事上の事故を除きます

買物中こどもが誤って高価な陶磁器を破損した

友人のメガネを踏んで壊してしまった

犬の散歩中飼犬が他人にかみついた

※1B、2B、3B、1C、2C、3Cコースのみ

※1C、2C、3Cコースのみ