群馬県学校生協 行

（フリーダイアルＦＡＸ　０１２０－０３－５３１８）

※番号をよく確認のうえ送信願います。

担当者　保険共済課　小暮　湯本

ＴＥＬ　－　－

ＦＡＸ　－　－

事 故 連 絡 票

※太枠内をご記入ください。

受付日　６．令和　年　月　日

団 体 名	群馬県学校生活協同組合	団体番号	普通傷害	91－90086 － 3 － 000000
				91－
				91－

加入者本人	（現住所）〒　－ 都道 府県	日中連絡先ＴＥＬ　－　－ 勤務先ＴＥＬ　－　－ 自　宅ＴＥＬ　－　－
	（加入者氏名）　（所属） 様	（職種）
被保険者 （補償対象者）	ﾌﾘｶﾞﾅ　1.男・5.女　生年月日 2．大正3.昭和 5.平成 6．令和　年　月　日	
	（被保険者番号） 様	＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿
請 求 者	被保険者との続柄　1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.（　）　1以外の場合、氏名：	

事 故 日	5．平成　年　月　日 AM ・ PM　時　分頃 6．令和	保 険 期 間	平成　年　2月1日から 令和　1年間
事故場所	都道 府県　1．自宅内 ・ 自宅外	コード	
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： 有 ・ 無　事故証明書： 有（証明者　）・ 無　目撃者： 有 ・ 無		
請求項目	03　04　07　（　） 入院　通院　手術　その他（　）		
他 契 約	1.有　5.無･不明	有の場合 会 社 名　保険会社　：　保険　：　証券番号	

事故原因（　）	損保事故コード（免責：　）	（商品：　）

傷 病 名		死亡の場合：死亡日 5．平成 6．令和　年　月　日	
※該当のケガの部位・態様に〇をしてください。複数ある場合は、最も重い部位・態様に◎をお付けください。			
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･靭帯損傷　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 6．令和　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　TEL　（　）		

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、該当するものを〇で囲んでください。
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、お手続がスムース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、日常生活や平常業務に支障がある期間内の通院日がお支払対象になり、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

所管店		担当者		受付番号											

★明治安田損保検印欄

責任者		担当者	

普通傷害用

A3652 (2019.04)(コ)