SI-S

普通傷害用　110100

広島県高等学校生活協同組合　経由（FAX 082－244－1269）

明治安田損害保険株式会社　傷害保険サービスグループ　行

事故連絡票

ご担当者　　様

TEL　－　－

FAX　－　－

受付日　5.平成　年　月　日

※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。

団体名	広島県高等学校生活協同組合	団体番号	91-900067-0-0000001	商品名	普通傷害保険

加入者本人	現住所	〒　－	都道府県		
	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。		日中連絡先TEL	－ －
	氏名	様		自宅TEL	－ －
	所属		職種	勤務先TEL	－ －
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。		性別	1.男　5.女
	氏名	様		生年月日	3.昭和　5.平成　2.大正　1.明治　年　月　日
被保険者番号	0000－　－			保険期間	平成　年　月 1日から 1年間
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.その他（　）　1以外の場合、氏名：				
事故日	5.平成　年　月　日　午前・午後　時　分頃				
事故場所	都道府県　1.自宅内　自宅外				
事故の原因状況	事故証明書：有（証明者　）　無　目撃者：有　無				
請求項目	01.死亡　02.後遺障害　03.入院　04.通院　07.手術　その他（　）				
他契約	1.有　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	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・頚　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・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　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

K1101-14.04