SI-S 事故連絡票(賠償責任保険)

□ FAX 029-301-1617

有限会社CTVサービス　経由

受付日：
ご担当者：
TEL：

団体名	茨城県市町村職員共済組合	団体番号	91－90800－5－000001	CLR	退職者	□
			91－　　－　－			

▼当事者をご記入ください

加入者

氏名	フリガナ	被保険者番号		所属		職種	
		生年月日	SHR　年　月　日	性別	男 女		

電話・メールそれぞれ優先順位をご記入ください▼

被保険者

氏名	□ 加入者と同じ → 太枠内をご記入ください 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	( )
		生年月日	SHR　年　月　日	性別	男 女		自宅	( )
現住所	〒　－　都道府						勤務先	( )

事故状況等確認のため、お問い合わせが可能なEメールアドレスをご記入ください ▸
※携帯アドレス、PCアドレスいずれでも可

メール①	@
メール②	@

労災申請	□ 有 □ 無	他社賠責契約	□ 無・不明 □ 有→	会社名	保険種類

交通事故の場合

警察届出	□ 有	□ 無	運転	□ 運転中	□ 同乗中

▼24時間表示

事故の内容

事故日	HR　年　月　日（　）曜日　時　分頃	□ 自宅敷地内	□ 自宅敷地外
事故地	〒　－　都道府県　（施設名）		

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）

目撃者	氏名		続柄		電話番号	( )

賠償責任

当事者	氏名	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
被害者	氏名	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
	職業					
	住所	〒　－　都道府県				
	電話番号	( )				

■ 対物	被害物	損害品	損害見込
			円
■ 対人	傷病程度	傷病名	治療見込
			週

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入くだ