

有限会社CTVサービス 経由

団体名	茨城県市町村職員共済組合		団体番号	91-90800-5-000001	更新月	3月	商品名	CLR	所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
	フリガナ	被保険者番号	91-	-	年月日	性別	男女	所属	職種			
	フリガナ	被保険者番号	91-	-	年月日	性別	男女	所属	職種			

加入者	フリガナ	被保険者番号	年月日	性別	男女	所属	職種
-----	------	--------	-----	----	----	----	----

▼ケガの場合は受傷者、物損の場合は所有者をご記入ください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 加入者と同じ → 太枠内をご記入ください	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 同居の親族	電話番号	日中連絡先	()
	フリガナ	フリガナ	配偶者	子	同居の親族	電話番号	自宅	()
	フリガナ	フリガナ	配偶者	子	同居の親族	電話番号	勤務先	()

現住所	〒	都道府県
-----	---	------

メール 事故状況等確認のため、お電話にて確認させていただく場合がございます。長期間つながらない場合に、当社からメールでのお問い合わせを希望される際はご記入ください。 @

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 →	会社名	保険種類
------	---	------	--	-----	------

請求項目	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	その他	交通事故の場合	運転免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----	---------	------	---	------	---	----	---	-----	---

▼24時間表示

事故日	H	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事故地	都道府県 (施設名)							自敷宅内	自敷宅外
事故状況	(何をしている時)		(何が起きて)			(どうなったのか)			

傷害	傷病名																													
	部位	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 99	症状	<input type="checkbox"/> AI	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> EI	<input type="checkbox"/> FI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> JI	<input type="checkbox"/> 99	固定具(ギプス等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	医師による固定具の常時装着指示の有無		
	初診日	H	年	月	日	治療	H	年	月	日	実通院日数	日	固定具名	ギプス	ギプスシーネ	ギプスシャーレ	シーネ	その他												
	通院	H	年	月	日	治療中	見込	週	日	開始	H	年	月	日	見込	()	日間													
	入院	H	年	月	日	見込	H	年	月	日	見込	H	年	月	日	見込	H	年	月	日	見込	H	年	月	日	見込	H	年	月	日

物損	損害品名	購入金額	H	年	月	修理状況	修理代	損害区分
	購入年月	円	年	月	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 20.盗難	