事故連絡票　ご記入例（ケガによる通院、携行品損害）

「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。

①～④までご確認の上、正確に記入してください。記入後、⑤宛にＦＡＸでお送りください。

SI-S 事故連絡票（傷害・物損）

⑤ ☑ 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	91－908000－5－000001	更新月	3月	商品名	CLR	所得補償	□	退職者	□
			91－　－　－		月						
			91－　－　－		月						

①

加入者

氏名	フリガナ　イバラキ　タロウ 茨城　太郎	被保険者番号	×××××××××	生年月日	S・H・R 37年 1月 12日	性別	男・女	所属	○○市役所	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

氏名	□ 加入者と同じ → 太枠内をご記入ください フリガナ　イバラキ　ハナコ 茨城　花子	加入者からみた続柄	□ 配偶者	☑ 子	□ 同居の親族	生年月日	S・H・R 15年 6月 9日	性別	男・女

電話番号			
日中連絡先	090	（ ×××× ）	××××
自宅	029	（ ×××× ）	××××
勤務先	029	（ ×××× ）	××××

現住所　〒 310 － ××××　茨城　都道府県　水戸市○○町978－26

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 ▸　@

②

労災申請　□ 有　☑ 無　他社契約　□ 無・不明　☑ 有→　会社名　○○損害保険　保険種類

請求項目	□ 01	□ 02	□ 03	☑ 04 通院	□ 07	☑ 20 物損	□ 32	□ 40	□ その他→

交通事故の場合　運転免許 ☑ 有 □ 無　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	H・R 2年 7月 10日 14時 00分頃	□ 自宅敷地内	☑ 自宅敷地外
事故地	東京　都道府県　渋谷区渋谷1－5（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）
	バイクを運転中に	交差点で左折してきた自転車と衝突し	右腕を骨折した

③

傷害

傷病名　右上腕骨骨折、頸椎捻挫、右足関節骨折

部位：□ 10 頭　□ 15 顔　☑ 20 首・頸　□ 25 肩　□ 30 胸・腹　□ 35 背・腰　☑ 40 腕　□ 45 手指　☑ 50 脚　□ 55 足指　□ 60 臓器　□ 99 その他→

症状：☑ A1 骨折・脱臼　□ B1 打撲・挫傷　☑ B2 捻挫　□ D1 切断・欠損　☑ E1 擦り傷・挫創・切傷・　□ F1 経傷・半月板・筋・靭帯・腱・神損　□ G1 血腫・内出血　□ H1 内臓破裂　□ J1 火傷　□ 99 その他

固定具（ギプス等）：□ 無　☑ 有　◂医師による固定具の常時装着指示の有無

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→

固定期間　開始 H・R 2年 7月 10日　見込（ 75 ）日間

初診日　H・R 2年 7月 10日

治療見込み

☑ 04 通院　H・R 2年 8月 4日～　□ 治癒　H・R 年 月 日　実通院日数 日
☑ 治療中　見込 週／ 75 日

☑ 03 入院　H・R 2年 7月 10日～ H・R 2年 8月 1日　見込日

休業期間　H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日　見込日

☑ 07 手術　名称　上腕骨骨折接合術

☑ 02 後遺障害見込あり　□ 01 死亡　H・R 年 月 日

医療機関

医療機関1：水戸総合病院　電話番号 029－××××－××××

医療機関2：　電話番号

④

物損

保険の対象	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
	リュックサック	12,000 円	H・R 1年 10月	□ 未修理 ☑ 修理済	5,000 円	☑ 1.破損（現物有 ☑ 写真有 □ ） □ 20.盗難
		円	H・R 年 月	□ 未修理 □ 修理済	円	□ 1.破損（現物有 □ 写真有 □ ） □ 20.盗難

①加入者名、被保険者名等を記入します。

②該当の請求項目に「✓」を記入し、事故の内容を記入します。
※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。

③ケガをして通院された場合は記入します。

④ご自分の物の損害の場合は記入します。

同時に「長期療養休業補償」の請求もある場合はレ点のうえ、休業期間もご記入ください