

※お願い

都道府県、生年月日や通院日等の年号に○をご記入ください

記入見本

SI-S 事故連絡票 (傷害・物損)		☐ FAX 03-3257-3288		受付日:	
		明治安田損害保険株式会社 東京・山形・新潟・神奈川・埼玉・千葉・東京都		ご担当者:	
				TEL:	
団体名	大分県学校生活協同組合 (高校)		団体番号	91 - 19109 - 9 - 000002	
加入者	氏名	フリガナ	梅安 太郎	生年月日	41 年 1 月 2 日
	性別	男	所属	営業第2部	
	被保険者番号	0000-0000012345-100			
被保険者	氏名	フリガナ	梅安 花子	生年月日	15 年 6 月 9 日
	性別	女	配偶者	子	
	同居の親族	電話番号			
	日中連絡先	090 (1111) 2222			
	自宅	()			
	勤務先	()			
現住所	〒101-0048 東京 (都道府県) 千代田区神田司町2-11-1				
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	☐ 有 ☒ 無		他社契約	☐ 有 ☒ 無・不明 ☐ 有	
請求項目	01 死亡 02 後遺障害 03 入院 04 手術 07 通院 20 物損 32 レンタル賠償 40 キャンセル費用		その他		
		▼24時間表示			
事故日	H 2 年 7 月 10 日 14 時 00 分頃				
事故地	東京 (都道府県) 目黒区東が丘1丁目1-1 (施設名)				
事故の内容	(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動車と衝突し		右腕を骨折した

同時に所得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

▶おケガの場合にご記入ください

▶携行品損害の場合にご記入ください

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	骨折・脱臼	
初診日	H 2 年 7 月 10 日												治療	H 年 月 日	
通院	H 2 年 8 月 4 日～												治療中	見込 週 / 75 日	
入院	H 2 年 7 月 10 日～ H 2 年 8 月 1 日												見込日	医療機関1	
休業期間	H 年 月 日～ H 年 月 日												見込日	医療機関2	
手術	名称 上腕骨骨接合術												療機関	渋谷総合病院 神田整形外科	
後遺障害見込あり	☐ 死亡 H 年 月 日												電話番号	03-1111-2222 03-3333-4444	

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	H 1 年 10 月	☒ 未修理	5,000 円	☒ 1.破損(現物有)写真有 ☐
			☐ 修理済		☐ 20.盗難
			☐ 未修理		☐ 1.破損(現物有)写真有 ☐
			☐ 修理済		☐ 20.盗難

※お願い

都道府県、生年月日や通院日等の年号に○をご記入ください

記入見本

SI-S 事故連絡票 (賠償責任保険) (公務員賠償)		☒ FAX 03-3257-3288		受付日:	
明治安田損害保険株式会社 傷害・火災・新種保険サービスグループ行		商品名:		退職者:	
団体名 大分県学校生活協同組合 (高校)		団番号 91-19109-9-0000002		商品名 LR	
加入者 フリガナ メイジ タロウ 氏名 明治 太郎		被保険者番号 0000-0000012345-100		所属 営業第2部	
生年月日 41年1月2日		性別 男		職種 営業	
▼当事者をご記入ください					
加入者と同じ → 太枠内をご記入ください					
氏名		配偶者		同居の親族	
生年月日		性別		電話番号	
被保険者 現住所 東京都 千代田区神田司町2-11-1		日中連絡先 090 (1111) 2222		1	
自宅 03 (3333) 4444		3		勤務先 03 (0000) 5555	
2		1		2	
メール① tarou_meiyasu@meiyasu_ind.com		2		メール② taroooM@gxmailx.com	
1		2		1	
労災申請 ☐ 有 ☒ 無		他社賠償契約 ☐ 無・不明 ☒ 有		会社名 ○○損保	
保険種類 火災保険		××損保		自動車保険	
△△クレジットカード		個人賠償保障特約		▼24時間表示	
事故日 H 2年7月19日 (日) 曜日 14時00分頃		事故地 東京都 豊島区高田1-1付近の交差点		施設名	
事故状況 (詳しく記入してください)		(何を起して)		(どうなったのか)	
自転車道で走行中		信号機のない横断歩道で歩行者と接触し		歩行者が転倒してけがをした	
目撃者 氏名 損害 二郎		続柄 なし		電話番号 090 (8888) 9999	
当事者 氏名 フリガナ メイジ タロウ 氏名 明治 太郎		性別 男		年齢 54才	
氏名 フリガナ ヤスダ ハナエ 氏名 安田 華恵		性別 女		年齢 35才	
職業 主婦		住所 東京都 豊島区高田2-2		電話番号 090 (6666) 7777	
賠償責任 被害者		被害品		損害見込	
対人		傷病名		治療見込	
対物		頭部打撲、頸椎捻挫		2週	



事故連絡票

(傷害・物損)

FAX 03-3257-3288

受付日:

ご担当者:

TEL:

明治安田損害保険株式会社

傷害・火災・新種保険サービスグループ行

団体名	大分県学校生活協同組合 (高校)	団体番号	91 - 19109 - 9 - 000002	更新月	9 月	商品名	LR	所得補償	退職者	
			91 -		-		-			月
			91 -		-		-			月

加入者	フリガナ	被保険者番号	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	()	自宅	()	勤務先	()									
														生年月日	年	月	日	性別	男	女	所属	職種
														生年月日	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	フリガナ	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	配偶者	子	同居の親族	電話番号	日中連絡先	()	自宅	()	勤務先	()									
														生年月日	年	月	日	性別	男	女	所属	職種
														生年月日	年	月	日	性別	男	女	所属	職種
														生年月日	年	月	日	性別	男	女	所属	職種
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	☐ 有 ☐ 無	他社契約	☐ 無・不明 ☐ 有→	会社名	保険種類
------	---	------	---	-----	------

請求項目	☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 07	☐ 20	☐ 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
	死亡	後遺障害	入院	通院	手術	物損	レンタル賠償	キャンセル費用									

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R	年	月	日	時	分	頃	☐ 自数宅内 ☐ 自数宅外
	事故地	都道府県 (施設名)							☐ 自数宅内 ☐ 自数宅外
	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	☐ 10	☐ 15	☐ 20	☐ 25	☐ 30	☐ 35	☐ 40	☐ 45	☐ 50	☐ 55	☐ 60	☐ 99	症状	☐ AI	☐ BI	☐ B2	☐ DI	☐ EI	☐ FI	☐ GI	☐ HI	☐ JI	☐ 99	固定具(ギブス等)	☐ 無	☐ 有	※医師による固定具の常時装着指示の有無						
		頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰	腕	手指	脚	足指	臓器	その他		骨折・脱臼	打撲・挫傷	捻挫	切断・欠損	切・挫創	筋・腱・神経	半月板・靱帯損	血腫・内出血	内臓破裂	火傷		その他	固定具名	ギブス	ギブスシャーレ	ギブスシャーレ	シーネ	その他		
	治療見込み	初診日	H R	年	月	日															治療	H R	年	月	日	実通院日数	日	医療機関1	医療機関2					
		☐ 通院	H R	年	月	日	～	☐ 治療中	見込	週	日																							
		☐ 入院	H R	年	月	日	～	H R	年	月	日	見込日																						
		休業期間	H R	年	月	日	～	H R	年	月	日	見込日																						
		☐ 手術	名称																															
	☐ 後遺障害見込あり															☐ 死亡	H R	年	月	日														

物損	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分

SI-S 事故連絡票

(賠償責任保険)
(公務員賠償)

☐ FAX 03-3257-3288

受付日：
ご担当者：
TEL：

明治安田損害保険株式会社
傷害・火災・新種保険サービスグループ行

団体名	大分県学校生活協同組合 (高校)	団 番 号	91 - 1 9 1 0 9 - 9 - 0 0 0 0 0 2	商 品 名	LR	退 職 者	☐
		体 号	91 - - -				

▼当事者をご記入ください

加入者	フリガナ	被保険者番号	生 年 月 日	性 別	男 女	所 属	職 種

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	☐ 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	☐ 配偶者	☐ 子	☐ 同居の親族	日 中 連 絡 先	()
	フリガナ					電 話 番 号	
	生 年 月 日					自 宅	()
	性 別	男 女				勤 務 先	()
現 住 所	〒 - 都 道 府						
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	他社賠償契約	☐ 無・不明 ☐ 有 →	会社名	保険種類
交通事故の場合	☐ 警察届出	☐ 有 ☐ 無	☐ 運転中 ☐ 同乗中		

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R 年 月 日 () 曜日	時 分 頃	☐ 自 宅 地 内	☐ 自 宅 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	()

▼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さい

賠償責任	当事者	フリガナ	性 別	男 女	年 齢	才	
	被害者	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			