あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
九州火新損害サービスセンター　行

事　故　連　絡　票

宮崎県学校生活協同組合
TEL　0120－29－6011
FAX　0120－53－9052
受付日　平成　　年　　月　　日

※太枠内をご記入ください。

団体名	宮崎県学校生活協同組合	証券番号	8 0 1 5 2 3 1 2 4 1 － 9	加入申込票番号（枝番）
加入者本人	（現住所）　〒　　－ 都 道 府 県		日中連絡先 TEL　　－　　－ 勤務先 TEL　　－　　－ 自宅 TEL　　－　　－	
	（加入者氏名）　　様	（所属）	（職種）	
被保険者（補償対象者）	ﾌﾘｶﾞﾅ	（被保険者番号）		
	様	1．男 ・ 2．女	生年月日　　年　　月　　日	
事故日	平成　　年　　月　　日 AM・PM　　時　　分頃	保険期間	7月 1日から 1年間	
事故場所	都 道 府 県		自宅内・自宅外	
事故の原因状況	事故証明 ： 有（証明者　　）・無		目撃者 ： 有 ・ 無	
請求項目	死亡　後遺障害　入院　通院　携行品　賠償　ﾚﾝﾀﾙ賠償　ｷｬﾝｾﾙ費用　救援者費用			
他契約	有・無・不明	有の場合 会社名	保険会社 ：　　保険 ： 証券番号	

◆けがをされた場合、以下をご記入ください。

	※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・態様に◎をお付けください。		
傷害部位	頭　顔　首・頚　肩　胸・腹　背・腰・腎部　腕　手指　脚　足指　臓器　その他（　　）		
傷害態様	骨折　打撲　捻挫　挫傷　擦り傷　切断　切傷　筋・腱・神経　血腫　内臓破裂　火傷　その他（　　） 脱臼　欠損　挫傷　半月板・靭帯損傷　内出血		
手術	無 ・ 有（　　）	固定具	無 ・ 有（　　）
初診日	平成　　年　　月　　日	治療見込	入院　　日間 ・ 通院　　日間
医療機関	名称　　1．病院　2．接(整)骨院　TEL　（　　）		

◆ご自分の物の損害によるご請求の場合、以下をご記入ください。

損害品区分	損害品名	購入金額	購入年月	修理代	損害区分
1．身の回り品		千円	年　月	千円	破損（現物有 写真有） 盗難 その他（　　）
2．現金・乗車券		千円			破損（現物有 写真有） 盗難 その他（　　）

◆他人の身体や財物に損害を与えた場合は、以下をご記入ください。

当事者	氏名　　男　女	生年月日　　年　　月　　日			
	加入者とのご関係　1．本人　2．配偶者　3．その他（　　）				
相手先	氏名　　住所 連絡先				
損害の内容	1．対人　2．対物　3．両方	損害品	損害額見込　　千円	傷病名	全治　　週間

◆その他　連絡事項

会社使用欄

受付番号										

検印欄				