

山梨県市町村職員共済組合 (FAX 055-235 6450) 経由

明治安田損害保険株式会社 傷害保険サービスグループ 行
(FAX 03-3257-3288)

ご担当者 _____ 様

医療保障保険ケガ通院 事故連絡票

TEL 055-232-7311

太枠内をご記入ください。

受付日 5 . 平成 年 月 日

団体名	山梨県市町村職員共済組合		団体番号	(商品名)	91 - 90589 - 1 - 000000							
				(商品名)	91 -							
				(商品名)	91 -							
加入者本人	(現住所) 〒 400 - 8587 都道 山梨 府県 甲府市蓬沢1-15-35			日中連絡先 TEL 090-1111-1111 勤務先 TEL 055-233-7311 自宅 TEL 055 - -								
	(加入者氏名) 山梨 太郎			(所属) 市役所 建設部 土地開発課				(職種) 主任				
被保険者	ワガナ ヤマシ タロウ			①男・5女 生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 5. 平成 63年2月1日								
補償対象者	(組合員証番号)											
	山梨 太郎 様			1	2	3	-	4	5	6	7	8
請求者	被保険者との続柄 ①本人 2.親権者 3.法定相続人 9.() 1以外の場合、氏名:											
事故日	5 . 平成 26 年 2 月 1 日 AM ・ ③ PM 3 時 00 分頃				保 険 期 間	2月1日から1年間 (平成26年2月1日制度発足)						
事故場所	山梨 都道 府県 甲府市蓬沢1-15-35										コード	
事故の状況	職場の階段を踏み外し転落 事故証明書: 有(証明者) ・ ③ 無 目撃者: 有 ・ ③ 無											
請求項目	04 通院											
他 契 約	1.有 ⑤無・不明		有の場合 会社名 保険会社 : 保険 : 証券番号									

事故原因 () 損保事故コード(免責:) (商品:)

傷 病 名	右足打撲											
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	10 頭	15 顔	20 首・頸	25 肩	30 胸・腹	35 背・腰・臀部	40 腕	45 手指	⑤0 脚	55 足指	60 臓器	99 その他()
傷害態様	A1 骨折 脱臼	③ B1 打撲	B2 捻挫	B3 挫傷	B4 擦り傷	D1 切断 欠損	E1 切傷 挫創	F1 筋・腱・神経 半月板・靭帯損傷	G1 血腫	H1 内臓破裂	J1 火傷	99 その他()
固 定 具	③ 無・有()											
初 診 日	5 . 平成 26 年 2 月 1 日				治療見込	通院 3 週間						
医療機関	名称 × 病院		① . 病院			2 . 接(整)骨院		TEL 055 () × ×				

お 願 い

- 事故連絡票は判明している範囲でご記入の上、担当者宛FAX願います。また、該当するものを で囲んでください。
- 原則として事故の日から30日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続きがスムーズに進まない場合がございます。
- お支払金額は、治療の内容や状況に応じて算出されますので、毎日のように通院されてもお支払の対象にならない場合がございます。ご了承ください。
- ご請求金額が10万円以下の場合は治療費領収書とご申告書でのご請求が可能です。
(別途所定診断書のご提出をお願いする場合がございますのでご了承ください)
- 事故の日から180日以内の通院日数に対して90日が限度のお支払となります。

会社使用欄 FAX送信チェック 送信日 年 月 日 明治安田損保検印欄

所管店	担当者	受付番号	責任者	担当者
-----	-----	------	-----	-----