

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

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

事故連絡票

※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	S	A	0	5	4	3	1	7	1	3	加入申込票番号(枝番)						
加入者本人	(現住所)	〒											日中連絡先	TEL	-	-				
		都道											勤務先	TEL	-	-				
		府県											自宅	TEL	-	-				
	(加入者氏名)											(所属)					(職種)			
											様									
被保険者 (補償対象者)	フリガナ												(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	平成	30年	7月	1日	から	1年間					
事故場所	都道												自宅内・自宅外							
	府県																			
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・頸 肩 胸・腹 背・腰・臀部 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					
-----	--	--	--	--	--