



LR・CLR・傷害総合用(+普通傷害)

110200

() 經由
 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)
事故連絡票

ご担当者 様
 TEL - -
 FAX - -

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。 受付日 5.平成 年 月 日

団体名	団体番号	商品名

加入者本人	現住所	〒	都道府県
	フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。	
	氏名	様	日中連絡先 TEL

被保険者 (補償対象者)	フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。	
	氏名	様	性別

被保険者番号	0 0 0 0 -	保険期間	平成 年 月 1日から1年間
--------	-----------	------	----------------

請求者	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.親権者 <input type="checkbox"/> 3.法定相続人 <input type="checkbox"/> 9.その他 ()	1以外の場合、氏名:
-----	----------	--	------------

事故日	5.平成 年 月 日	午前・午後	時 分頃
-----	------------	-------	------

事故場所	都道府県	<input type="checkbox"/> 1.自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外
------	------	---

事故の 原因 状況	事故証明書: <input type="checkbox"/> 有 (証明者) <input type="checkbox"/> 無
-----------------	--

請求項目	<input type="checkbox"/> 01. 死亡 <input type="checkbox"/> 02. 後遺障害 <input type="checkbox"/> 03. 入院 <input type="checkbox"/> 04. 通院 <input type="checkbox"/> 07. 手術 <input type="checkbox"/> 20. 物損 <input type="checkbox"/> 30. 賠償 <input type="checkbox"/> 32. レンタル賠償 <input type="checkbox"/> 40. キャンセル費用 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

他契約	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 5.無・不明	有の場合 会社名	保険の 種類	証券 番号
-----	--	-------------	-----------	----------

※けがをされた場合、以下をご記入ください。

傷病名	死亡の場合 死亡日	5.平成 年 月 日
-----	--------------	------------

※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・態様のみ☑してください。

傷害部位	<input type="checkbox"/> 10.頭 <input type="checkbox"/> 15.顔 <input type="checkbox"/> 20.首・頸 <input type="checkbox"/> 25.肩 <input type="checkbox"/> 30.胸・腹 <input type="checkbox"/> 35.背・腰・臀部 <input type="checkbox"/> 40.腕
------	--

傷害態様	<input type="checkbox"/> A1.骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> B1.打撲 <input type="checkbox"/> B2.捻挫 <input type="checkbox"/> B3.挫傷 <input type="checkbox"/> B4.擦り傷 <input type="checkbox"/> D1.切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1.切傷・挫創
------	--

手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	固定具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
----	---	-----	---

初診日	5.平成 年 月 日	治療見込	入院 週間 / 通院 週間
-----	------------	------	---------------

医療機関 名称	<input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.接(整)骨院	電話番号	- -
---------	---	------	-----

※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	1.破損 (A.現物有 B.写真有) 20.盗難 99.その他
2.現金・乗車券		千円			1.破損 (A.現物有 B.写真有) 20.盗難 99.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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治	年 月 日	加入者との ご関係	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶者 <input type="checkbox"/> 3.その他親族 ()
相手先	氏名	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治	年 月 日		
損害内容	<input type="checkbox"/> 1.対人 <input type="checkbox"/> 2.対物 <input type="checkbox"/> 3.両方	損害品	損害額見込	千円	傷病名	全治	週間

【会社使用欄】

受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店
-----	------	--------	-----

K1102-14.04