

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	団体番号	# - - -	更新月	月	商品名	所得補償 <input type="checkbox"/>	退職者 <input type="checkbox"/>
	団体番号	# - - -		月			
	団体番号	# - - -		月			

加入者	フリガナ	被保険者番号	所属	職種
	氏名	生年月日	性別	男女

▼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	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	()
	フリガナ	生年月日	性別	男女	電話番号	自宅	()	
	現住所	都道府県	性別	男女	電話番号	勤務先	()	

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 _____ 保険種別 _____

請求項目	01 死亡	02 後遺障害	03 入院	04 通院	07 手術	20 物損	32 レンタル賠償	40 キャンセル費用	その他	交通事故の場合	運転免許	警察届出	運転中	同乗中
------	-------	---------	-------	-------	-------	-------	-----------	------------	-----	---------	------	------	-----	-----

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R 年 月 日 時 分 頃	事故地	都道府県 (施設名)	自宅敷地内	自宅敷地外
	事故状況	(何をしている時)	(何が起きて)	(どうなったのか)		
	詳細	詳しく記入してください				

傷害	傷病名																															
	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	AI 骨折・脱臼	BI 打撲・挫傷	B2 捻挫	DI 切断・欠損	EI 切傷・挫創	FI 筋・腱・神経	GI 半月板・靭帯損	HI 血腫・内出血	JI 内臓破裂	99 その他	固定具(ギプス等)	無	有	固定具名	ギプス	ギプスシーネ	ギプスシャーレ	シーネ	その他
	初診日	H R 年 月 日	治療期間	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	実通院日数	日	治療中	見込 週 / 日	医療機関1	医療機関2																						
	通院	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	入院	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日	日	休業期間	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日	日																						
	手術	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日	日	医療機関	電話番号																										
	後遺障害見込あり	H R 年 月 日	死亡	H R 年 月 日	電話番号																											

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
	保険の対象	H R 年 月	円	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 20.盗難