

団体名	団体番号	# - - -	更新月	月	商品名	所得補償	退職者
	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	SHR 年月日		

▼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	加入者からみ名称	配偶者	子	同居の親族	電話番号	日中連絡先	( )
	フリガナ	SHR 年月日	性別	男女	電話番号	自宅	( )	

現住所	〒 - 都道府県
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 \_\_\_\_\_ 保険種類 \_\_\_\_\_

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"/> 32 レンタル賠償	<input type="checkbox"/> 40 キャンセル費用	<input type="checkbox"/> その他
交通事故の場合	運転免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事故日	HR 年月日 時 分	事故地	都道府県 (施設名)	自敷地内	自敷地外
事故内容	(何をしている時)	(何が起きて)	(どうなったのか)		

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	症状	A1 骨折・脱臼	B1 打撲・挫傷	B2 捻挫	D1 切断・欠損	E1 切傷・挫創	F1 筋・半月板・靭帯損傷	G1 血腫・内出血	H1 内臓破裂	J1 火傷	99 その他	固定具(ギプス等)	無	有	医師による固定具の常時装着指示の有無
	初診日	HR 年月日	治療	HR 年月日	実通院日数	日	固定具名	ギプス	ギプスシャーレ	ギプスシーネ	その他	開始	HR 年月日	見込	( ) 日間													
	入院	HR 年月日	見込	HR 年月日	医療機関1	医療機関2																						
	休業期間	HR 年月日	見込	HR 年月日	医療機関	電話番号	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
		円	年 月	<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