

(個人情報の利用・取扱の同意)
貴互助会および貴社が、本請求に関する個人情報(*)を、本請求への対応および適正な給付金の支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供することについて同意いたします。
(*)加入者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等。

傷害・賠償共済 状況連絡票 (事故報告書)

※「状況連絡票」は、お早めにご提出ください。

連絡日 年 月 日

① 加入者情報	共済加入者番号		加入者名										
	組合名												
	住所	〒		電話 ※日中連絡がつく電話									
② 発生状況	発生日時	年 月 日	午前	午後	時 分頃								
	発生場所	都 道 府 県											
	当事者	組合員との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の親族(続柄) <input type="checkbox"/> 別居の未婚の子										
		フリガナ	年齢	性別	該当に○印	電話 ※日中連絡がつく電話							
		氏名	歳	男性	女性								
	何をしていた時 何が起きて どのようになったか	おケガをされた状況、物が壊れた状況などをご記入下さい。											
車・バイクを運転中の場合は 右から選択	<input type="checkbox"/> 飲酒をしての事故 <input type="checkbox"/> 無免許での事故 <input type="checkbox"/> 左記以外												
賠償責任事故の場合は 右から選択	<input type="checkbox"/> 業務従事中の事故 <input type="checkbox"/> 左記以外												
③ 給付金種類	給付対象と思われるものを選択												
	<input type="checkbox"/> ケガに関する保障 ← (注)事故日からその日を含めて180日以内に生じたもの(入通院等)がご請求の対象です <input type="checkbox"/> 賠償責任給付金 <input type="checkbox"/> 家財盗難給付金 <input type="checkbox"/> 自転車(新車)盗難見舞金 <input type="checkbox"/> 救援者見舞金 <input type="checkbox"/> 携行品(身の回り品)の保障 <input type="checkbox"/> 家宅侵入見舞金 <input type="checkbox"/> ホールインワン・アルバトロス祝金												
④ 【ケガ】 傷害・治療の 状況	症状	創傷	挫傷	骨折	脱臼	捻挫	腱断裂	やけど	熱傷	腰痛	その他	傷害の部位 ※必ず記入	傷病名(診断名) ※必ず記入
	事故前の症状について選択		傷害の部位は以前から <input type="checkbox"/> 痛みがあった <input type="checkbox"/> 痛みはなかった										
	治療終了見込み		年 月 頃										
	医療機関名	(1)		(2)									
	TEL:												
入院・手術について選択(現時点の状況)													
入院 → <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院済み 手術 → <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 手術済み (手術名:)													
⑤ 【携行品】 損害品明細	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格							
	(1)			(2)									
	(3)			(4)									
⑥ 【賠償責任給付金】 お相手の情報 示談代行	フリガナ	氏名		〒	TEL:								
	保険会社による示談代行サービス → <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない												
	保険会社からの連絡先をご指定ください → <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 [(氏名・連絡先)]												