

SI-S 事故連絡票 (傷害・物損)

FAX 075-255-8789

所属所

事故受付者

「きずな傷害」「傷害充実コース」用

(有) 京都共済サービス

TEL:

| | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-----|-----|---------------------|------|---------------------------------|
| 団体名 京都市町村職員共済組合 | 団体番号 | 91-90126-4-000000 | 更新月 | 10月 | 商品名 傷害総合 普通傷害 | 所得補償 | 退職者 <input type="checkbox"/> |
| | 91-90585-7-000000 | 更新月 | 10月 | | | | |
| | 91- | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|------|--------|----|---|----|----|
| 加入者 氏名 | フリガナ | 被保険者番号 | 性別 | 男 | 所属 | 職種 |
| | 生年月日 | S H R | 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 氏名 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 子 | <input type="checkbox"/> 同居の親族 | 電話番号 | 日中連絡先 () | | |
| | フリガナ | 生年月日 | S H R | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 | 自宅 () |
| | 現住所 | 〒 | 都道府県 | | | | | 勤務先 () | |

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。

メール @

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 | <input type="checkbox"/> 40 | 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"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 |
|------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|---------|------|---|------|---|----|---|

事故日 H R 年 月 日 時 分 頃

事故地 都道府県 (施設名)

事故内容 (何をしている時) (何が起きて) (どうなったのか)

傷病名

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--------|------|--------|--------|------|-------|------|-------|-------|--------|
| 10 頭 | 15 顔 | 20 首・頸 | 25 肩 | 30 胸・膈 | 35 背・腰 | 40 腕 | 45 手指 | 50 脚 | 55 足指 | 60 臓器 | 99 その他 |
|------|------|--------|------|--------|--------|------|-------|------|-------|-------|--------|

部位

初診日 H R 年 月 日

治療見込み

04 通院 H R 年 月 日 ~ 治療 H R 年 月 日 実通院日数 日

03 入院 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日 見込日

休業期間 H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日 見込日

07 手術 名称

02 後遺障害見込あり 死亡 H R 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----------|-------|----------|----------|-----------|---------------------|-----------|---------|-------|--------|-----------|---|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 | E1 切傷・擦り傷 | F1 脳・半月板・韧带・神経・帯状疱疹 | 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 | 固定具名 | ギプス | ギプス | ギプス | シーネ | その他 |
|----|----------|----------|-------|----------|----------|-----------|---------------------|-----------|---------|-------|--------|-----------|---|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|

医師による固定具の常時装着指示の有無

固定期間 開始 H R 年 月 日 見込 () 日間

医療機関1 電話番号

医療機関2 電話番号

| | | | | | | |
|-------------|------|-------|------|--|-----|---|
| 物損 保険の対象 | 損害品名 | 購入金額 | 購入年月 | 修理状況 | 修理代 | 損害区分 |
| | | H R 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) 写真有 <input type="checkbox"/> |

事故連絡票は、有限会社京都共済サービスのホームページの「各種連絡票」からも印刷いただけます。記入例も併せて掲載しております。

事故連絡票記入例（傷害・物損）

きずな傷害、傷害充実コースにご加入で傷害・物損の請求の際に記入ください。

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|---|---|
| SI-S 事故連絡票 (傷害・物損) | | FAX 075-255-8789 | | 所属所 事故受付者 TEL: | |
| 「きずな傷害」「傷害充実コース」用 | | (有) 京都共済サービス | | | |
| 団体名 京都市町村職員共済組合 | 団体番号 91-90126-4-000000 91-90585-7-000000 91- - - | 更新月 10月 10月 月 | 商品名 傷害総合 普通傷害 | <input type="checkbox"/> 所得補償 | <input type="checkbox"/> 退職者 |
| 加入者氏名 フリガナ キョウト ワカバ 京都 若葉 | 被保険者番号 12345678 | 生年月日 46年12月1日 | 性別 男 | 所属 ●●市 | 職種 |
| ※ワ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。 | | | | | |
| 加入者と同じ → 本特約をご記入ください | <input type="checkbox"/> 加入者からみられる | <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 子 | <input type="checkbox"/> 同居の親族 | 電話番号 日中連絡先 090 (1111) 2222 自宅 075 (123) 4567 勤務先 075 (111) 1234 |
| 被保険者氏名 フリガナ | 生年月日 | 性別 | 電話番号 | 〒123-4567 京都 都道府県 京都市共済町1-2-3 | |
| 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。長期開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承ります。 | | | | | |
| 労災申請 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 他社契約 <input checked="" type="checkbox"/> 無・不明 | <input type="checkbox"/> 有 | | | |
| 請求項目 01 死亡 <input type="checkbox"/> 02 後遺障害 <input checked="" type="checkbox"/> 03 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 04 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 07 手術 <input type="checkbox"/> 20 物損 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> | ▼24時間表示 | | 交通事故の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 運転免許 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 警察届出 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 事故日 H 3年7月10日 14時00分頃 | 事故地 京都 都道府県 京都市共済区共済1丁目2-2 | | | | <input type="checkbox"/> 自宅地内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅地外 |
| 事故内容 事故状況詳しく記入してください | バイク運転中に | | 交差点で左折してきた自動車と衝突し | | 右腕を骨折した |
| 右上腕骨骨折、頸椎捻挫、右足関節骨折 | | | | | |
| 部位 10 頭部 <input checked="" type="checkbox"/> 15 顔面 <input checked="" type="checkbox"/> 20 首・頸 <input type="checkbox"/> 25 肩 <input type="checkbox"/> 30 胸・腹 <input type="checkbox"/> 35 背・腰 <input type="checkbox"/> 40 腕 <input checked="" type="checkbox"/> 45 手 <input checked="" type="checkbox"/> 50 脚 <input checked="" type="checkbox"/> 55 足 <input type="checkbox"/> 60 臓器 <input type="checkbox"/> 99 その他 | 症状 A1 骨折・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> B1 打撲・挫傷 <input checked="" type="checkbox"/> B2 捻挫 <input checked="" type="checkbox"/> D1 切断・欠損 <input type="checkbox"/> E1 切傷・挫創 <input type="checkbox"/> F1 擦・打・刺・刺傷 <input type="checkbox"/> G1 血腫・内出血 <input type="checkbox"/> H1 内臓破裂 <input type="checkbox"/> J1 火傷 <input type="checkbox"/> 99 その他 | | 固定具(ギブス等) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ギブス <input checked="" type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 初診日 H 3年7月10日 | 治療 <input type="checkbox"/> 治療 H 年 月 日 実通院日数 日 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 見込 週 / 75 日 | | 固定期間 H 3年7月7日 見込(75)日間 | | |
| 治療見込み <input checked="" type="checkbox"/> 入院 H 3年7月10日 H 3年8月1日 見込日 休業期間 H 年 月 日 H 年 月 日 見込日 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 名称 上腕骨骨接合術 | 医療機関 ●●病院 | | 医療機関1 医療機関2 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 後遺障害見込あり | <input type="checkbox"/> 死亡 H 年 月 日 | 電話番号 075-333-4444 | | 電話番号 | |
| 物損 損害品名 リュックサック | 購入金額 12,000 円 | 購入年月 H 3年10月 | 修理状況 <input type="checkbox"/> 未修理 <input checked="" type="checkbox"/> 修理済 | 修理代 5,000 円 | 損害区分 <input type="checkbox"/> 1.破損(現物有) 写真有 <input type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 20.盗難 <input type="checkbox"/> 1.破損(現物有) 写真有 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 20.盗難 |

京都市町村職員共済組合 グループ保険制度

きずな傷害、傷害充実コース、三大成人病長期療養コースご加入中の皆様へ

『Web事故連絡・保険金請求システム』のご案内

＼事故連絡・保険金請求はWebからも手続きできます！／

スマートフォンやパソコンにて手続きが可能となり、利便性・安全性・迅速性が向上

入力はいつでも・どこでも対応可能ですので、ご利用をおすすめします。

※WEB請求は特定条件下のみ可能。2.をご参照ください。

1. Web事故連絡（ご利用対象）

Web事故連絡システムのご利用対象は、下表のコースとなります。

| 利用対象コース | |
|------------------|---|
| きずな傷害 | ケガの通院 |
| 傷害充実コース | ケガの入通院・手術・死亡、物損の補償 本人及び同居のご家族（別居の場合、未婚の子のみ対象）の個人賠償 |
| 三大成人病 長期療養コース | 特定3疾病(がん・急性心筋梗塞・脳卒中)により60日を超えて就業障害が継続した場合 |

Web事故連絡のアクセス先：URLまたは二次元コードからアクセスしてください。

※後日請求に必要な帳票等が自宅あて郵送されます。

https://www.meijiyasuda-sonpo.co.jp/apl/form/jikouketuke/accident_top.php



2. Web保険金請求（ご利用対象）

新機能

Web保険金請求は、以下条件に該当する場合に限りご利用が可能です。

| 利用対象コース、ご利用条件およびアクセス先 | |
|-----------------------|--|
| きずな傷害・ 傷害充実コース | ケガの通院のみ |
| ご利用条件 | ①ケガをされたご本人（未成年は親権者）のお手続きであること ②「 ケガ 」の 通院保険金のみ の請求であること ③ 治療が終了 しており、かつ 通院日数の合計が10日以内 であること ④後遺障害の残存見込みがないこと ⑤保険金を受け取る口座がケガをされたご本人の名義であること ※ 詳細につきましては、Webサイトにてご確認ください。 |

Web保険金請求のアクセス先：URLまたは二次元コードからアクセスしてください。

※原則、請求手続きはWEB上で完結します。

（追加資料の提出が必要な場合もあります）

https://www.meijiyasuda-sonpo.co.jp/apl/form/seikyu/accident_top.php



3. 操作の手順

Web事故連絡の画面

明治安田損害保険
Web事故連絡

この夏の事故につきまして、心よりお詫言い申し上げます。
対象商品および事故連絡から保険金請求までのお手続きは以下のとおりとなります。

略

上記事項に同意する

事故連絡をはじめめる

Web保険金請求の画面

明治安田損害保険
Web保険金請求

Webによる保険金請求の手続き

略

上記事項に同意する

請求手続きをはじめめる

明治安田損害保険 保険金請求フォーム
ご利用条件画面

ケガをされたご本人（※）による手続きですか？
（※ケガをされたご本人が未成年で、かつ手続きをされている方が親権者以外の場合は「いいえ」を選択ください）

はい いいえ

恐れ入りますがWeb保険金請求をご利用いただけません。
請求段階のご提出が必要となりますので、下のボタンから事故連絡をしてください。

Web事故連絡ページへ移動

前へ戻る

ご利用条件に沿わない場合
Web 事故連絡に遷移

明治安田損害保険 Web事故連絡フォーム
種目選択画面

種目選択
（事故の原因が同じ場合、複数の種目選択が可能）

ケガ
（通院、入院、手術、後遺障害、死亡）

携行品・生活用動産の損害

損害賠償
（個人賠償、レンタル品、公営施設等）

TICA ET
キャンセル費用

所得補償

前へ戻る

明治安田損害保険 事故連絡フォーム
団体番号・被保険者番号登録画面

団体（契約者）さまについて

下記団体番号をすべて入力することが難しい方（下6桁の入力が不要になります）

団体番号 ?

91- - -

略

ご加入者（被保険者）さまについて

被保険者番号 ?

チェックにより団体番号下6桁の入力が不要

| コース名 | ※団体番号 |
|--------------|-----------------|
| きずな傷害 | 91-90585-7-数字6桁 |
| 傷害充実コース | 91-90126-4-数字6桁 |
| 三大成人病長期療養コース | 91-90112-8-数字6桁 |

被保険者番号

お手持ちの「ご加入のお知らせ」をご確認ください。
（ご不明の際は京都共済サービスへお問い合わせください）

以降の入力は案内に沿ってご入力ください。

お客さま情報入力画面でEメールアドレスを入力した場合は受付完了メール（自動送信）をお送りいたします。

※21：00以降に事故連絡を実施した場合、受付メールは翌朝以降に送信されます

※入力後の内容訂正や送付先変更等のご連絡は、【事故報告完了メールに記載の連絡先】までお申し出ください

<取扱代理店> 有限会社京都共済サービス

〒604-0862 京都市中京区烏丸通夷川上ル少将井町229-2 第7長谷ビル9階
TEL:075-255-8787 FAX：075-255-8789（営業時間 平日9時～12時、13時～17時）

<引受損害保険会社> 明治安田損害保険株式会社

〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1