

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

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 切り傷・擦り傷	F1 脳・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

固定具名

ギプス シーン その他 →

初診日 H R 年 月 日

治療見込み

通院 H R 年 月 日 ~ 治療 H R 年 月 日 実通院日数 日

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

手術 名称

後遺障害見込あり 死亡 H R 年 月 日

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"/> 20.盗難

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	
「きずな傷害」「傷害充実コース」用		(有) 京都共済サービス		事故受付者	
TEL:					
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
※ワケガの場合は受保者、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
氏名 フリガナ	生年月日	性別 男	日中連絡先 090 (1111) 2222	自宅 075 (123) 4567	勤務先 075 (111) 1234
現住所 〒123-4567 京都 都道府県	京都市共済町1-2-3				
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	会社名 保険種類		
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"/>	交通事事故 <input checked="" type="checkbox"/> の場合 <input type="checkbox"/> 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	運転 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
▼24時間表示					
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"/> 自宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外
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 顔部 <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 type="checkbox"/> 50 脚 <input type="checkbox"/> 55 足 <input type="checkbox"/> 60 臓器 <input type="checkbox"/> 99 その他 <input type="checkbox"/>	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・擦創 <input type="checkbox"/> F1 創傷・挫傷・擦傷・打撲 <input type="checkbox"/> G1 半月板・靭帯・韧带・神経・血管 <input type="checkbox"/> H1 血腫・内出血 <input type="checkbox"/> I1 内臓破裂 <input type="checkbox"/> J1 火傷 <input type="checkbox"/> 99 その他 <input type="checkbox"/>		固定具(ギプス等) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ギプス <input checked="" type="checkbox"/> ギブスシューネ <input type="checkbox"/> シーネ <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>		
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		固定具名 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
保険の対象 <input type="checkbox"/> 1.破損(現物有) 写真有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20.盗難					

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。