

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	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 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	SHR	年	月	日	性別	男	自宅 ()
	現住所	〒	都道府県	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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------	---------	--	--	--	---	---

事故日 H R 年 月 日 時 分 頃 自宅内 自宅外

事故地 都道府県 (施設名)

事故状況 詳しく記入してください (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 →	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・韧带損傷	GI 半月板・韧带損傷	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	開始日	見込()日間
	初診日 H R 年 月 日												治療 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	
治療見込み	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		電話番号		電話番号	
	後遺障害見込あり												死亡 H R 年 月 日															

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"/>
		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 フリガナ	<input type="checkbox"/> 配偶者 子 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 〒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希望される際はご記入ください。				
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 運転中 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 同乗中 <input type="checkbox"/>		
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 (施設名) (何をしている時) (何が起きて) (どうなったのか)				<input type="checkbox"/> 自宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外
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					
傷者名 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(ギプス等) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 固定具名 ギプス <input checked="" type="checkbox"/> ギブススリーブ <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 電話番号 075-333-4444		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				
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

京都府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事故連絡システム』のご案内

＼事故連絡をWebで報告できるようになりました！／

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

■ 手書き不要 ■ FAX等の送信不要 ■ 事故連絡授受のスピードの向上

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。

1. 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

2. アクセス方法

下記の二次元コードまたは明治安田損害保険会社の公式ホームページからアクセスしてください。

Web事故連絡システムTOP画面



明治安田損保公式HP

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

3. 団体番号・被保険者番号

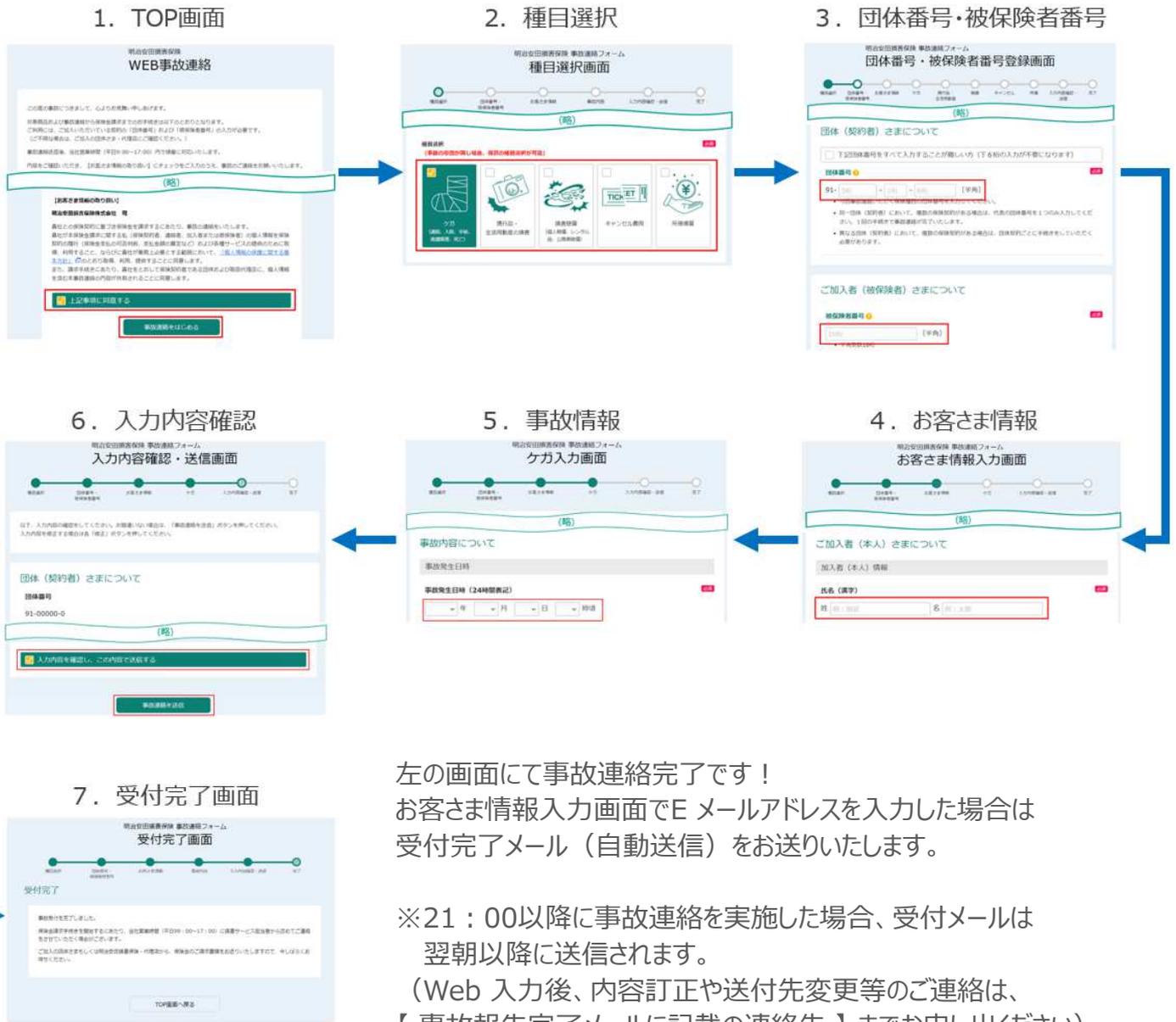
入力の際、団体番号と被保険者番号が必要となります。

コース名	※団体番号	被保険者番号
きずな傷害	91-90585-7-数字6桁	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。）
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	

※団体番号の下6桁は、所属所により異なります。なお、団体番号・被保険者番号登録画面の「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）」欄にチェックをいれていただくことで入力が不要となります。

4. 画面イメージ

※入力の際、団体番号と被保険者番号が必要となります。



5. 事故連絡～保険金請求の流れ

1. Web事故連絡システムにアクセスし、事故状況を入力
2. 事故連絡送信ボタンを押下後、メールアドレスに事故受付完了メールが到着（メール送付を希望した場合）
3. 入力内容に不備がなければ、明治安田損保から「保険金請求書」を送付
 →入力完了後、明治安田損保損害サービス担当者からご連絡させていただく場合がございます
4. 保険金請求書類に必要事項を記入・返送（Web入力した内容は、請求書には反映されません。
 改めて記入いただきますので、ご了承ください）
 請求書類や保険金の支払い等のご不明点は、書類にご案内のフリーダイヤルをご利用ください。

<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