

SI-S 事故連絡票 (傷害・物損)

☐ FAX 045-231-8118 ☐

受付日:

ご請求は(株)マイ・ハートへFAXor郵送ください

株式会社マイ・ハート 行

ご担当者:

TEL:

団体名	一般社団法人 横浜市教職員組合協議会	団体番号	91 - 90911 - 1 - 000001	更新月	2月	商品名	CLR	所得補償	退職者	
		91 -	-							-
		91 -	-							-

加入者	氏名	フリガナ	被保険者番号	生年月日	SHR	年	月	日	性別	男	女	所属	職種

▼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	☐ 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	☐ 配偶者	☐ 子	☐ 同居の親族	電話番号	日中連絡先	()			
		フリガナ				自宅		()				
		生年月日	SHR	年	月	日		性別	男	女	勤務先	()
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	☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 07	☐ 20	☐ 32	☐ 40	その他	交通事故の場合	運転免許	☐ 有 ☐ 無	警察届出	☐ 有 ☐ 無	運転	運転中	同乗中
			入院	通院	手術	物損											

▼24時間表示

事故の内容	事故日	HR	年	月	日	時	分	頃	☐ 自宅内 ☐ 敷地内 ☐ 敷地外
	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)		

傷害	傷病名																															
	部位	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	99	症状	AI	BI	B2	DI	EI	FI	GI	HI	JI	99	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				
		頭	顔	首・頸	肩	胸・腹	背・腰	腕	手指	脚	足指	臓器	その他		骨折・脱臼	打撲・挫傷	捻挫	切断・欠損	切・傷・挫創	筋・傷・半月板・靱帯損	血腫・内出血	内臓破裂	火傷	その他		固定具名	ギプス	ギプスシーネ	ギプスシャーレ	シーネ	その他	
	治療見込み	初診日	HR	年	月	日											治療期間	04	通院	HR	年	月	日	〜	☐ 治療中	見込	週	日	実通院日数	日	医療機関1	医療機関2
		☐ 入院	HR	年	月	日	〜	HR	年	月	日	見込	日																			
		休業期間	HR	年	月	日	〜	HR	年	月	日	見込	日																			
		07	手術	名称																												
02	後遺障害見込あり	☐ 死亡	HR	年	月	日											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
			円	年 月	☐ 未修理 ☐ 修理済	円	☐ 1.破損(現物有 ☐ 写真有 ☐) ☐ 20.盗難
			円	年 月	☐ 未修理 ☐ 修理済	円	☐ 1.破損(現物有 ☐ 写真有 ☐) ☐ 20.盗難
			円	年 月	☐ 未修理 ☐ 修理済	円	