様式第３３号

【連 絡 者】

| | |
|---|---|
| ①（　　）職員共済組合 | |
| ・本 人　　・家 族（続柄：　　） | |
| ・その他　（　　） | |
| （氏名：　　） | |

| 所属所番号 | （　　） | 連 合 会 |
|---|---|---|
| （　　） | 共 済 組 合 | |
| 担当者印 | 担当者印 | 担当者印 |

【保険会社】

《明治安田損害保険㈱》
損害サービス部
所得補償保険
サービスグループ

受付

# 事 故 連 絡 票

| 保 険 期 間 | 年4月1日～　　年3月31日 |
|---|---|

| 団 体 名 | 全国市町村職員共済組合連合会 | 団体番号 | 9 1 － 7 3 2 1 － － 0 0 0 0 |
|---|---|---|---|

| ②被保険者 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 | 職員番号 |
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 貸付番号【ご加入の全ての貸付番号をご記入ください】　貸付種類 |
| 現住所 | 〒　　都道府県 | | | ① |
| | | | | ② |
| | | | | ③ |
| 電 話 | 自宅：　－　－　　日中連絡先：　－　－ | | | ④ |
| 勤務先 | 電 話：　－　－ | | | ⑤ |
| | | | | ⑥ |

※貸付が上記以外にもある方は、⑦その他欄にご記入ください。

| ③休業の原因 | けが ・ 病気 | 休業開始日（この傷病で最初に勤務を休んだ日） | 年 月 日 |
|---|---|---|---|

◆休業の原因が“けが”の場合は「④け が」の欄に、“病気”の場合は「④病 気」の欄に、詳細をご記入ください。

| ④けが | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 事故発生日 | 年 月 日 AM・PM 時 分頃 | 初 診 日 | 年 月 日 | |
| 事故の場所 | 都 道 府 県 | | | |
| 傷 病 名 | | | | |
| 原因・状況 | （なるべく詳しくご記入ください） | | | |
| 事故証明 | 有（証明者　　）・無 | 目 撃 者 | 有 ・ 無 | |

| ④病気 | | | |
|---|---|---|---|
| 休業の原因となった：病名 | | 初 診 日 | 年 月 日 |
| 発病の経緯・症状 | （発病の時期等、具体的に記入してください。） | | |
| ・ 既往症（ 有・無 ）（有の場合具体的にご記入ください。傷病名　　年 月頃　　） | | | |
| （備 考） | | | |

◆「④けが」・「④病気」の、治療の状況を、ご記入ください。

| ⑤治療の状況 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 治療した病院 | 名 称 | | | |
| | 住 所 | | 電 話 | －　－ |
| | 受診科 | 科 | 担当医師 | |
| 入 院 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | 通 院 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 手 術 | 有（手術名：　　）・無 | 治癒見込 | 年 月 | |

| ⑥ 他の保険加入状況 | 有 ・ 無 ・ 不明 | 有の場合：保険会社名（　　）保険種類（　　保険） |
|---|---|---|

| ⑦その他 | |
|---|---|

1．「事故連絡票」は、判明している範囲でなるべく詳しくご記入ください。
2．原則として、休職期間（有給休暇を含む）が３０日以上あると見込まれる場合には、休業開始日から３０日以内にご連絡ください。
3．保険金のお支払額は、就業不能の内容等により算出されます。必ずしも免責期間終了後の“休職期間”の全てが対象とならない場合がありますので、予めご了承ください。