秋田県学校生活協同組合　経由　明治安田損害保険株式会社
（ＦＡＸ　０１８－８６６－１１１２）　損害サービス部　行

事 故 連 絡 票

ご担当者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
ＴＥＬ　　－　　－
ＦＡＸ　　－　　－
受付日　６．令和　　年　　月　　日

※太枠内をご記入ください。

団 体 名	秋田県学校生活協同組合	団体番号	LTD	91－ 01932 － 5 － 000000
				91－
				91－

被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ　　1.男 ・ 5.女　生年月日 3.昭和 5.平成 6.令和　　年　　月　　日 様　（被保険者番号）　　－	
	（現住所）〒　　－ 都道 府県	日中連絡先　　－　　－ 勤務先電話番号　　－　　－ 自宅電話番号　　－　　－
	（所属）　　（職種）	

請 求 者	被保険者との続柄　1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.（　　）　1以外の場合、氏名：			
事 故 日	5．平成　　年　　月　　日 AM ・ PM　　時　　分頃 6．令和 （病気の場合は発病日を記入してください）		保 険 期 間	平成　　年　1月　1日 令和　　から1年間
休業開始日（この傷病で最初に勤務を休んだ日）	5．平成 6．令和　　年　　月　　日 ～			
事故場所	都道 府県		コード	
事 故 の 原 因 状 況	ご病気による場合は、発病の経緯をご記入ください。			
	事故証明書　無・有（証明者　　）		目 撃 者	無 ・ 有
請求項目	８３ 長期所得補償			

傷 病 の 内 容	傷病名			
	症　状			
	初 診 日　年　月　日	既往症	無 ・ 有 →傷病名（　　）　年　月頃	
	入　院　年　月　日～　年　月　日	通 院	年　月　日～　年　月　日	
	手　術　無・有（　　）	治癒見込	令和　年　月頃	
医療機関	名　称		電 話	－　－
	住　所			
	受 診 科	担当医師		
他契約	有　無・不明	有の場合 会 社 名　保険会社 ：　保険 ： 証券番号		

（ご注意）
１．事故連絡票は判明している範囲でできる限り詳しくご記入の上、担当者宛ＦＡＸ願います。
２．原則として、休職開始（有給休暇を含みます）から３０日以内にご連絡ください。連絡が遅くなると、お手続きがスムースに進まない場合がございます。
３．お支払金額は、就業障害（不能）状態の内容等により算出されます。免責期間終了後の休職期間全てが対象となるわけではございませんので予めご了承ください。

★会社使用欄　　ＦＡＸ送信チェック □　送信日　　年　　月　　日

所管店		担当者		受付番号											

★明治安田損保検印欄

責 任 者		担当者	

ＳＴＤ・ＬＴＤ用

A3654 (2019.04)(コ)