

**SI-S 事故連絡票** (傷害・物損)  FAX 027-255-5306

受付日: \_\_\_\_\_  
 ご担当者: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_

群馬県市町村職員共済組合 経由 明治安田損害保険株式会社  
 傷害・火災・新種保険「ヒスグルー」行

団体名	群馬県市町村職員共済組合	団体番号	91-90574-4-000001	更新月	3月	商品名	傷害	所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
			91-		月						
			91-		月						

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

▼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	<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	年 月 日	性別	男 女		自宅 ( )
	現住所	〒 - 都道府県					

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	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> その他	交通事故の場合	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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	同乗中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------	---	------	---	------	---	----	---	-----	---

▼24時間表示

事故の内容	事故日	H R	年	月	日	時	分	頃	<input type="checkbox"/> 自敷宅内 <input type="checkbox"/> 自敷宅外
	事故地	都道府県 (施設名)							<input type="checkbox"/> 自敷宅内 <input type="checkbox"/> 自敷宅外
	事故状況	(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	<input type="checkbox"/> 10 頭	<input type="checkbox"/> 15 顔	<input 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 type="checkbox"/> 45 手指	<input type="checkbox"/> 50 脚	<input type="checkbox"/> 55 足指	<input type="checkbox"/> 60 臓器	<input type="checkbox"/> 99 その他	症状	<input type="checkbox"/> AI 骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> BI 打撲・挫傷	<input type="checkbox"/> B2 捻挫	<input type="checkbox"/> DI 切断・欠損	<input type="checkbox"/> EI 切傷・挫創	<input type="checkbox"/> FI 筋・腱・神経	<input type="checkbox"/> GI 半月板・靭帯損	<input type="checkbox"/> HI 血腫・内出血	<input type="checkbox"/> HI 内臓破裂	<input type="checkbox"/> JI 火傷	<input type="checkbox"/> 99 その他	固定具(ギプス等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 固定具名	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他	医師による固定具の常時装着指示の有無
	初診日	H R	年	月	日	治療	H R	年	月	日	実通院日数	日	固定期間	開始	H R	年	月	日	見込	( ) 日間										
	通院	<input type="checkbox"/>	H R	年	月	日	治療中	<input type="checkbox"/>	見込	週 / 日	医療機関1	医療機関2																		
	入院	<input type="checkbox"/>	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日									
	手術	<input type="checkbox"/>	名称	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日	見込	H R	年	月	日								

物損	損害品名	購入金額	H R	年	月	修理状況	修理代	損害区分
		円				<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 20.盗難
		円				<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 1.破損(現物有 <input type="checkbox"/> 写真有 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 20.盗難