（貸No.18）

【連 絡 者】

①（ 埼玉 ）都道府県	コード 0 1 1
・本人　・家　族（続柄：　　）	
その他　（　　）	
（氏名：　共済　太郎　）	

所属所（○○市）	（　　）共済組合	連合会
受付	受付	受付

【保険会社】

《明治安田損害保険㈱》

法人損害サービスセンター

受付

事　故　連　絡　票

保 険 期 間	平成　　年4月1日～平成　　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 ― 1 ― 0 0 0 0 1 1

②被保険者					
フリガナ	キョウサイ　タロウ	性別	男・女	職員番号	9 9 9 9
氏　名	共　済　　太　郎	年齢	満　歳 44	貸付番号	○ ○ ○ ○ ○
現住所	〒 3300064　埼玉　都道府県 さいたま市			貸付種類	○ ○ ○
浦和区岸町７丁目５番１４号				勤務先	
電　話	自宅：048－822－3301　　日中連絡先：　－　－			電話：　－　－	

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）	平成 ○○ 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、詳細をご記入下さい。

④けが				
事故発生日	平成　年　月　日　AM・PM　時　分頃	初診日	平成　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	○　○　病	初診日	平成 ○○ 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。）		
※詳細にご記入ください。			
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、ご記入下さい。

⑤治療の状況				
治療した病院	名　称	○　○　病　院		
	住　所	○○市 ○○ 3 － 4 － 5	電話	○○○　－　○○○　－　○○○
	受診科	○○○　科	担当医師	○○　○○
入　院	平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日	通　院	平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日	
手　術	有（手術名：○○○○　）・無	治癒見込	平成　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）

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下さい。
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日以内にご連絡下さい。
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、予めご了承下さい。