

傷害事故受付票

受付日	年 月 日	
-----	-------	--

※事故後すみやかに郵送にて安心プラザに提出してください。

(コピーしてご使用ください。)

部 課 センター	行	TEL. ()	連絡口	太線わく内の ※のか所を記入してください。
-------------	---	----------	-----	--------------------------

報告者 ※ 立 学校 様	※ 事務担当者 (問い合わせ窓口) 様	学校所在地 〒 TEL ()
--------------	---------------------	-----------------

請求書 発送先	契約 者	被保 険者	代理店 扱者	損害課にて送付要 代理店・扱者にて送付済	送付先 住所	下記に 同じ	それ 以上
------------	---------	----------	-----------	-------------------------	-----------	-----------	----------

保険種類	①普通傷害保険	2.家族傷害保険	3.交通事故傷害保険	4.ファミリー交通傷害保険	5.積立ファミリー交傷	7.所得補償保険	8.国内旅行総合保険	9.海外旅行保険	10.その他 ()
------	---------	----------	------------	---------------	-------------	----------	------------	----------	------------

正記 入	証券 番号	1628050893	枝番 明細 番号	2017年6月1日～2018年6月1日	死亡 補償 金額	7,425千円	入院 日額	3,000円	通院 日額	2,000円
---------	----------	------------	----------------	---------------------	----------------	---------	----------	--------	----------	--------

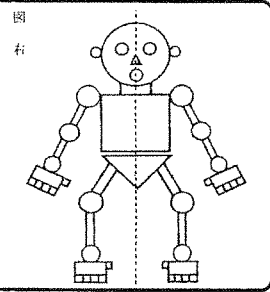
住所 〒880-0803 宮崎市旭1丁目3番10号 婦人会館2F ☎ 0985-22-3081	営業 課支社	代理店 扱者
--	-----------	-----------

契約者	氏名 宮崎県PTA連合会 様
-----	----------------

※被 保 険 者	住所	氏名 (フリガナ)	性別	年 月 日 生	職業
-------------------	----	-----------	----	---------	----

『事故の内容をお聞かせください』

※事 故 の 内 容	事故日	年 月 日	AM PM	時 分 秒	図	右
------------------------	-----	-------	-------	-------	---	---



〔交通事故の場合〕
『免許の内容をお聞かせください』

免許	普通・大型IⅢ	交付年 月 日	年 月 日まで有効	番号	警察への届出	有・無	署
----	---------	---------	-----------	----	--------	-----	---

『治療を受けている医療機関はどちらですか?』

※傷 害 の 内 容	創 挫 骨 脱 捻 挫	や 熱 腰 其 他	部 位	疾病名
------------------------	-------------	-----------	-----	-----

依頼書類	代理店・扱者から送付・連絡済	損害課から送付・連絡願う
------	----------------	--------------

治療の内容	入院(見込)日数	通院(見込)日数	手術の内容	後遺傷害(見込)	就業不能(見込)期間
-------	----------	----------	-------	----------	------------

[記入例]

傷害事故受付票

受付日 年 月 日

※事故後すみやかに郵送にて安心プラザに提出してください。

(コピーしてご使用ください。)

部 課 センター 行 代理店・扱者 TEL () 連絡日

太線わく内の ※のか所を記入してください。

報告者 ※ 宮崎市 立 松山小 学校 事務担当者 (問い合わせ窓口) 学校所在地 〒 590-0803 宮崎市松山5-1-1 TEL (0985)22-2151

教頭 宮崎太郎 様 PTA事務 花山千子 様

請求書 契約 被保 代理店 損害額にて送付要 送付先 下記に それ 宛先 者 険者 扱者 代理店・扱者にて送付済 住所 同じ 以上

1. 普通傷害保険	2. 家族傷害保険	3. 交通事故傷害保険	4. ファミリー交通傷害保険	5. 積立ファミリー交傷
7. 所得補償保険	8. 国内旅行総合保険	9. 海外旅行保険	10. その他 ()	
上記コード記入	証券番号 1628050893	枝番明細番号	保険期間 2017年6月1日~2018年6月1日	死亡補償金額 7,425千円
			年 月 日 ~ 年 月 日	入院日額 3,000円
			年 月 日 ~ 年 月 日	通院日額 2,000円
住所 〒880-0803 宮崎市旭1丁目3番10号 婦人会館2F ☎0985-22-3081	営業 課支社	代理店・ 扱者		
氏名 宮崎県PTA連合会 様				

住所 宮崎市 の の 町 の の

氏名 (フリガナ) エイ 太 郎 永 愛 太郎 様 (男・女) () 年 () 月 () 日生 () 才

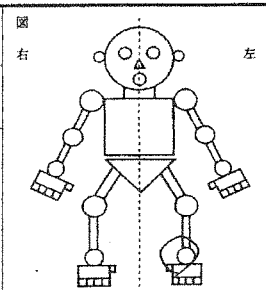
保険加入者 1. 本人 2. 親権者 () 3. その他 () 職業

『事故の内容をお聞かせください』

事故日 2017 年 6 月 20 日 (AM/PM) 9 時 30 分頃

事故場所 宮崎 県 宮崎市松山町1-1-1 松山小学校 体育館

事故状況 PTA主催のミニバレーボール大会において試合前の練習中ボールと追いかけてしびれをしようとした時左足に激痛が走り立てなくなりました。病院に行った結果左アキレス腱断裂と診断されたものです。



(交通事故の場合) 「免許の内容をお聞かせください」

普通・大型ⅠⅢ

交付年月日 年 月 日

年月日まで有効

番号

警察への届出 (有・無)

署

乗っていた車両の損傷箇所 (O印)

前 後

修理費 万円

『治療を受けている医療機関はどこですか?』

傷害	創挫骨脱捻 断やけど 傷折臼挫 裂	熱腰 痛他	部位	左アキレス腱断裂	疾病名
医療機関名	日向整形外科				
医師・科目	医師	科目	医師	科目	
入院(見込)日数	6/20 ~ 7/18		/	~	/
通院(見込)日数	7/19 ~ 8/18		/	~	/
手術の内容	実施日: 年 月 日 内容:				
後遺傷害(見込)	無: () 有: ()	就業不能(見込)期間	/	~	/

依頼書類	代理店・扱者から送付・連絡済	損害課から送付・連絡願う
保険金請求書	✓	
同意書	✓	
診断書	✓	
入通院状況報告書		
医療機関の領収書	✓	
交通事故証明書		
PTA会長事故証明書	✓	