

団体名	兵庫県市町村職員共済組合	団体番号	91-90204-1-000064	商品名	団傷	退職者	<input type="checkbox"/>
			91-				

▼当事者をご記入ください

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

電話・メールそれぞれ優先順位をご記入ください▼

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	日中連絡先	()			
	フリガナ					自宅	()			
	生年	S H R	年		月		日	性別	男 女	電話番号
現住所	〒 - 都道府県					勤務先	()			
事故状況等確認のため、お問い合わせが可能なEメールアドレスをご記入ください▶ ※携帯アドレス、PCアドレスいずれでも可		メール①					@			
		メール②					@			

労災申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他社賠償契約	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 →	会社名		保険種類	
交通事故の場合	<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"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中		

▼24時間表示

事故日	H R	年		月		日 ()	曜日		時		分	頃	<input type="checkbox"/> 自 宅 地 内	<input type="checkbox"/> 自 宅 地 外
事故地	〒 - 都道府県 (施設名)													
事故の内容	(何をしている時)				(何が起きて)				(どうなったのか)					
	事故状況 (詳しく記入してください)													
目撃者	氏名					続柄		電話番号	()					

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入ください

賠償責任	当事者	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
	被保者	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
	職業					
	住所	〒 - 都道府県				
	電話番号	()				
対物	被害物	損害品	損害見込	円		
対人	傷病程度	傷病名	治療見込	週		