

団体名 兵庫県市町村職員共済組合	団体番号	# - 07400 - 6 - 000064	更新月	7月	商品名	き損	所得補償	<input type="checkbox"/>	退職者	<input type="checkbox"/>
	加入者番号	# - 90204 - 1 - 000064	7月	団傷						
	加入者番号	# - - -								

加入者	フリガナ	被保険者番号	フリガナ	所属	職種
	氏名	生年月日	SHR 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	SHR 年 月 日	性別	男女	自宅	()	
	現住所	〒 - 都道府県		勤務先	()			

メール 記入不要

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	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)	
	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	10 頭	15 顔	20 首・頸	25 肩	30 胸・腹	35 背・腰	40 腕	45 手指	50 脚	55 足指	60 臓器	99 その他	症状	AI 骨折・脱臼	BI 打撲・挫傷	B2 捻挫	DI 切断・欠損	EI 切傷・挫創	FI 筋傷	GI 半月板・靭帯損	HI 血腫・内出血	JI 内臓破裂	99 その他	固定具(ギプス等)	無	有	ギプス	ギブスシャーレ	シーネ	その他
	治療見込み	初診日	H R 年 月 日	治療	H R 年 月 日	実通院日数	日	治療中	見込	週 / 日	医療機関1	医療機関2	固定期間	開始	H R 年 月 日	見込	() 日間														
	入院	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日		医療機関1	医療機関2																									
	休業期間	H R 年 月 日 ~ H R 年 月 日	見込日		医療機関1	医療機関2																									
	手術	名称			医療機関1	医療機関2																									

07 手術 02 後遺障害見込あり 死亡 H R 年 月 日 電話番号

物損	損害品名	購入金額	購入年月	修理状況	修理代	損害区分
		円	H 年 月	<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