

「きずな」【ケガ】

兵庫ライフサービス 行

記入例

受付日: _____
 ご担当者: _____
 TEL: _____

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

加入者	フリガナ ヒョウゴ ツバサ 氏名 兵庫 翼	被保険者番号	200001234	生年月日	S 46年 1月 2日 H R	性別	男 女	所属	〇〇市 総務課	職種	事務職
-----	--	--------	-----------	------	--------------------	----	--------	----	---------	----	-----

▼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	フリガナ ヒョウゴ レン 氏名 兵庫 蓮	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居の親族	生年月日	S 14年 6月 9日 H R	性別	男 女	電話番号	日中連絡先 090 (1111) 0000 自宅 078 (000) 1111 勤務先 079 (000) 2222
現住所	〒650-0004 兵庫 都道府県 神戸市中央区中山手通4-17-13								
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 死亡	<input type="checkbox"/> 02 後遺障害	<input checked="" type="checkbox"/> 03 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 04 通院	<input checked="" type="checkbox"/> 07 手術	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 40	その他
交通事故の場合	運転免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	警察届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運転中	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同乗中	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事故日 H 2年 7月 10日 14時 00分頃

事故地 兵庫 都道府県 **神戸市中央区下山手通4** (施設名) _____

事故状況 詳細に記入してください
 (何をしている時) **バイクを運転中に** (何が起きて) **交差点で左折してきた自動車と衝突し** (どうなったのか) **右腕を骨折した**

傷病名 **上腕骨骨折、頸椎捻挫、右足関節骨折**

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	AT 骨折・脱臼	BT 打撲・挫傷	BZ 捻挫	DI 切断・欠損	EI 切傷・挫創	FI 筋・腱・神経	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----	------	------	--------	------	--------	--------	------	-------	------	-------	-------	--------	----------	----------	-------	----------	----------	-----------	------------	-----------	---------	--------	-----------	--

初診日 H 2年 7月 10日

治療見込み

<input checked="" type="checkbox"/> 通院	H 2年 8月 4日 ~	<input type="checkbox"/> 治療	H 年 月 日	実通院日数	日
<input checked="" type="checkbox"/> 入院	H 2年 7月 10日 ~	H 2年 7月 20日	見込日	日	
<input checked="" type="checkbox"/> 手術	名称 上腕骨骨接合術				
<input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり		<input type="checkbox"/> 死亡	H 年 月 日		

医療機関

医療機関1	こうべ総合病院	電話番号	078-000-000
医療機関2	中山手整形外科	電話番号	078-111-000

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	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
		円	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