

|                           |      |                   |     |    |     |    |      |                          |     |                          |
|---------------------------|------|-------------------|-----|----|-----|----|------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 団体名<br><b>新潟県職員生活協同組合</b> | 団体番号 | 91-90081-8-000000 | 更新月 | 1月 | 商品名 | 普傷 | 所得補償 | <input type="checkbox"/> | 退職者 | <input type="checkbox"/> |
|                           |      | 91-01777-2-000000 | 1月  |    |     | 青年 |      |                          |     |                          |
|                           |      | 91-90082-9-000000 | 1月  |    |     | 総補 |      |                          |     |                          |

|     |      |        |             |  |   |   |   |    |    |    |    |
|-----|------|--------|-------------|--|---|---|---|----|----|----|----|
| 加入者 | フリガナ | 被保険者番号 | S<br>H<br>R |  | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男女 | 所属 | 職種 |
|-----|------|--------|-------------|--|---|---|---|----|----|----|----|

▼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。

|     |   |           |                          |                          |                          |      |       |     |
|-----|---|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|-------|-----|
| 氏名  | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 電話番号 | 日中連絡先 | ( ) |
|     | フリガナ  | 配偶者       |                          |                          | 同居の親族                    |      | 自宅    | ( ) |
| 現住所 | 都道府県  |           |                          |                          |                          |      | 勤務先   | ( ) |

メール 事故状況等確認のため、お電話にて確認させていただく場合がございます。長期間つながらない場合に、当社からメールでのお問い合わせを希望される際はご記入ください。 @

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 | 交通事情の場合 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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 |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------|---|------|---|------|---|----|---|-----|---|

|      |            |   |         |   |   |           |   |                          |                          |
|------|------------|---|---------|---|---|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 事故日  | H<br>R     | 年 | 月       | 日 | 時 | 分         | 頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 事故地  | 都道府県 (施設名) |   |         |   |   |           |   | 自敷宅内                     | 自敷宅外                     |
| 事故状況 | (何をしている時)  |   | (何が起きて) |   |   | (どうなったのか) |   |                          |                          |

|                                   |                             |                             |                             |                             |                             |                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 部位                                | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 35  | <input type="checkbox"/> 40 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 50 | <input type="checkbox"/> 55 | <input type="checkbox"/> 60 | <input type="checkbox"/> 99 | 症状    | <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> BI | <input type="checkbox"/> B2 | <input type="checkbox"/> DI | <input type="checkbox"/> EI | <input type="checkbox"/> FI | <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> HI | <input type="checkbox"/> JI | <input type="checkbox"/> 99 | 固定具(ギプス等) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 医師による固定具の常時装着指示の有無 |                                 |                              |                              |
|                                   | 頭                           | 顔                           | 首・頸                         | 肩                           | 胸・腹                         | 背・腰                          | 腕                           | 手指                          | 脚                           | 足指                          | 臓器                          | その他                         |       | 骨折・脱臼                       | 打撲・挫傷                       | 捻挫                          | 切断・欠損                       | 切傷・挫創                       | 筋・腱・神経                      | 半月板・韧带損                     | 血腫・内出血                      | 内臓破裂                        | 火傷                          |           | その他                        | 固定具名                       | <input type="checkbox"/> ギプス                | <input type="checkbox"/> ギプスシーネ | <input type="checkbox"/> シーネ | <input type="checkbox"/> その他 |
| 治療見込み                             | 初診日                         | H<br>R                      | 年                           | 月                           | 日                           | 治療期間                         |                             | H<br>R                      | 年                           | 月                           | 日                           | 突通院日数                       | 日     | 医療機関1                       |                             | 医療機関2                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
|                                   | <input type="checkbox"/> 通院 | H<br>R                      | 年                           | 月                           | 日                           | <input type="checkbox"/> 治療中 | 見込                          | 週                           | 日                           | 開始                          |                             | H<br>R                      | 年     | 月                           | 日                           | 見込( )日間                     |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
|                                   | <input type="checkbox"/> 入院 | H<br>R                      | 年                           | 月                           | 日                           | H<br>R                       | 年                           | 月                           | 日                           | 見込日                         | 医療機関1                       |                             | 医療機関2 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
|                                   | 休業期間                        | H<br>R                      | 年                           | 月                           | 日                           | H<br>R                       | 年                           | 月                           | 日                           | 見込日                         | 医療機関1                       |                             | 医療機関2 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> 手術       | 名称                          |                             |                             |                             |                             |                              |                             |                             |                             |                             |                             | 電話番号                        |       | 電話番号                        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> 後遺障害見込あり | <input type="checkbox"/> 死亡 |                             |                             |                             |                             |                              |                             |                             |                             |                             |                             | H<br>R                      | 年     | 月                           | 日                           |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |                            |                            |   |                                 |                              |                              |

|    |      |        |      |  |     |   |
|----|------|--------|------|--|-----|---|
| 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  |
|    |      | H<br>R | 年 月  | <input type="checkbox"/> 未修理<br><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"/> )<br><input type="checkbox"/> 20.盗難 |
|    |      | H<br>R | 年 月  | <input type="checkbox"/> 未修理<br><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"/> )<br><input type="checkbox"/> 20.盗難 |