教弘団体傷害保険　事故届出書

万一、傷害保険対象の事故等に遭われましたら、下記「届出書」に該当項目を記入して、事故日から30日以内に　ファクシミリ（この用紙）　または　電話でお知らせください。

ファクシミリ　086-272-1781　岡山市中区西川原255番地

電　話　086-272-1909　公益財団法人日本教育公務員弘済会岡山支部

届　出　書	平成　年　月　日
連絡者名（加入者）	
住所・連絡先	〒
電話番号	（自宅） （日中の連絡先）
所属名	
職員番号	
被保険者名 （けがをされた人） 加入者と住所が違う時	ﾌﾘｶﾞﾅ　（男・女）生年月日T・S・H　・　・ 〒　住所　TEL
事故の日時	年　月　日　午前・午後　：　頃
事故の場所（詳しく）	
事故の状況 （何をしていて、どんな状況で事故になったかを、できるだけ詳しく書いてください）	加入タイプ（A1・B1・C1・C2　口数　口）
けがをされた体の部位と症状に○をつけてください	部位　頭部・顔面・頸部・肩部・胸部・腹部・脊柱・腰部・ 上肢・手指・下肢・足指・全身・半身・臓器・神経 その他（　）
	症状　骨折・脱臼・捻挫・創傷・破裂・火傷・腱断裂・靭帯損傷 欠損切断・打撲挫傷・神経損傷・急性中毒・その他（　）
警察への届出	有　・　無
傷病の程度	入院　・　通院　・　休業　・　後遺障害
手術の有無	有　・　無
病院名	①　電話番号
	②　電話番号

※　届出内容について、後日ご照会をさせていただくことがあります。
※　内容確認後「保険金請求書」等を郵送いたします。
※　この用紙は加入者カードとともに保管しておいてください。

弘済会記入欄

団体契約者名	証券番号	加入者番号
ｵｶﾔﾏｷｮｳｺｳｺｳｻｲｶｲ　F4480 005	911910A816	50E