

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		年 月 日
連絡者名 (加入者)		
住所・連絡先	〒	
電話番号	(自宅) (携帯)	
所属名		
職員番号		
被保険者名 (けがをされた人)	フリガナ (男・女) 生年月日 T・S・H . .	
加入者と住所が違う時	〒 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 (何をしていた、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・靱帯損傷 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
カヤキョウコウサイカイ F4480 005	912610A816	