

★報告を受けた日付をご記入・押印ください。

受付番号		代理所受付日		組合受付日		日火連受付日	
			→		→		

傷害総合保障共済事故受付シート（ 傷害 ・ 交通 ）

※受傷日・発病日が初年度契約開始日より前の場合は共済金のお支払い対象となりませんのでご注意ください。

報告者		被共済者との続柄		連絡先		
様				TEL		
組合(番号)	組合員番号		共済契約証書番号		被共済者番号	保障タイプ
共済契約者名				初年度契約開始日	年 月 1日午前 0時から	
契約者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他( )					
被共済者氏名	様			性別	生年月日	
				男 ・ 女	年 月 日	
入通院原因	<input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 疾病			傷病名		
病状 事故状況	受傷日 (傷害のみ)	年 月 日		発病日 (疾病のみ)	年 月 日	
	初診日	年 月 日		死亡日	年 月 日	
	初診病院名			連絡先	TEL:	
	初診に至るまでの経緯(具体的にご記入下さい)					
入院期間	<input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> 入院予定					
	第1回 入院	年 月 日 ~ 年 月 日		病院名		
		(入院日数 日)		連絡先	TEL:	
	第2回 入院	年 月 日 ~ 年 月 日		病院名		
	(入院日数 日)		連絡先	TEL:		
通院期間	<input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> 通院予定					
	第1回 通院	年 月 日 ~ 年 月 日		病院名		
		(通院実日数 日)		連絡先	TEL:	
	第2回 通院	年 月 日 ~ 年 月 日		病院名		
	(通院実日数 日)		連絡先	TEL:		
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容をご記入ください)					
	1回目	年 月 日		手術名		
	2回目	年 月 日		手術名		
特記事項	<input type="checkbox"/> 被共済者への連絡不可(被共済者へ請求事実を知らせたくない場合)					
	<input type="checkbox"/> 既往症(病名: 時期: 年頃)					
	<input type="checkbox"/> その他					
	<input type="checkbox"/> 追加情報( 年 月 日 追記)					
<input type="checkbox"/> 請求事由なし(理由: )					受付者	
( 年 月 日 組合・代理所 から契約者へ連絡 )						
<input type="checkbox"/> 請求取下げ(理由: )						
( 年 月 日 契約者から 組合・代理所 へ連絡あり)						

注)事故内容の詳細が判明した場合や、取下げ連絡等があった場合、追記の上再送をお願いします。

(2019.3改定)