

全国商工会連合会 リスクマネジメント課 御中

送信日付: _____

以下のとおり共済事故が発生しましたので、ご連絡します。

商工会担当者: _____

商工会連絡先: _____

全国連 福祉共済(傷害) 事故連絡票

| 県名 | 商工会名 | 商工会 | |
|--------------|--|------------------------------|--|
| 加入者名 | | 契約者番号 | |
| か | | | |
| | | 被共済者コード | |
| 被共済者名 | | | |
| か | | | |
| | | 加入日 | |
| | | 西暦) 20 年 月 1 日 | |
| 生年月日 (西暦) | 年 月 日生 | 歳 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 契約タイプ | <input type="checkbox"/> 2000円 <input type="checkbox"/> 3000円 <input type="checkbox"/> 4000円 | <input type="checkbox"/> シニア | |

| | | |
|--|--|---|
| 事 故 状 況 | 事故発生日時 | 20 年 月 日 時 |
| | 事故発生場所 | 自宅・勤務先・その他() |
| | おけがの原因・状況 | <small>傷害の支払い要件として、急激・偶然・外来の3要件を満たす必要があります。(「※傷害の3要件」参照) 何を原因として、体のどこがどうなったかを、具体的にご記入ください。 (記入例:脚立に乗り庭の植木を剪定中、足を滑らせ落下。左足を庭石に強く打ち付け、骨折した)</small> |
| | おけがの部位に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸腹背部 <input type="checkbox"/> 腰部・臀部 <input type="checkbox"/> 肩上腕部肘 <input type="checkbox"/> 前腕手関節 <input type="checkbox"/> 手・手指 <input type="checkbox"/> 股大腿膝 <input type="checkbox"/> 下腿足関節 <input type="checkbox"/> 足・足指 <input type="checkbox"/> その他() |
| | おけがの状態に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください | <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 打撲捻挫 <input type="checkbox"/> 筋腱損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 歯牙欠損 <input type="checkbox"/> その他() |
| 医療機関名 | | |
| 請求予定共済金 請求予定のものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 (死亡日 年 月 日) | |

(2020.9.改)

「※傷害の3要件」

(急激)
突発的に発生すること、事故から傷害の発生までの過程が直接的で時間的間隔がないこと

(偶然)
予知できない出来事

(外来)
傷害の原因自体が体の外部にあること

県連

年 月 日

全国連

年 月 日