

福祉共済(傷害)用

全国商工会連合会 リスクマネジメント課 御中

20 年 月 日

	全国連使用欄
受付番号	

商工会名: _____

担 当: _____

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。

電 話: _____

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	
被共済者名		被共済者コード	
加入日		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

事 故 状 況	発生日時	20 年 月 日 時		
	おけがをされた場所			
	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(欄外「※傷害の3要件」を参照) 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	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足指 (左記以外)		
	おけがの状態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 火傷 (左記以外)		
死亡日	(被共済者死亡の場合記入)	20 年 月 日		
医療機関名	TEL: _____			
請求予定共済金	<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			

「※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