SI-S 事故連絡票（傷害）

※所属所共済担当課　経由
（※退職後継続の方は直接↓）
神奈川シィ･ティ･プイサービス　行
（FAX 045-681-2119）

受付日：
ご担当者：
TEL：

団体名	団体番号	更新月	商品名	退職者
神奈川県市町村職員共済組合	91-90071-6-00000 91-　　-　- 91-　　-　-	12月 月 月	普通傷害	□

加入者

氏名	被保険者番号	生年月日 SHR	性別	所属	職種
フリガナ	0000-　　-	年　月　日	男 女		

被保険者

氏名	加入者からみた続柄	生年月日 SHR	性別	電話番号
フリガナ	□本人 □配偶者 □子	年　月　日	男 女	日中連絡先（　）
				自宅（　）
				勤務先（　）

現住所：〒　－　都道府県

労災申請	他社契約	会社名	保険種類
□有 □無	□無・不明 □有→		

請求項目：□03 入院 □04 通院 □07 手術 □その他→（　）

交通事故の場合：運転免許 □有 □無　警察届出 □有 □無　運転 □運転中 □同乗中

▼24時間表示

事故の内容

事故日	事故地	敷地内	敷地外
HR　年　月　日　時　分 頃	都道府県　（施設名）	□自宅	□自宅

事故状況 詳しく記入してください	（何をしている時）	（何が起きて）	（どうなったのか）

傷害

傷病名：

部位：□10 頭 □15 顔 □20 首・頚 □25 肩 □30 胸・腹 □35 背・腰 □40 腕 □45 手指 □50 脚 □55 足指 □60 臓器 □99 その他→（　）

症状：□A1 骨折・脱臼 □B1 打撲・挫傷 □B2 捻挫 □D1 切断・欠損 □E1 切傷・挫創・擦り傷 □F1 半月板・靭帯損傷 筋・腱・神経・ □G1 血腫・内出血 □H1 内臓破裂 □J1 火傷 □99 その他（　）

固定具（ギプス等）：□無 □有 ◂医師による固定具の常時装着指示の有無
固定具名：□ギプス □ギプスシーネ □ギプスシャーレ □シーネ □その他→（　）
固定期間：開始 HR　年　月　日
見込（　）日間

初診日 HR　年　月　日

□04 通院 HR　年　月　日～ □治癒 HR　年　月　日　実通院日数　日
□治療中　見込　週／　日

□03 入院 HR　年　月　日～ HR　年　月　日　見込日

□07 手術　名称

医療機関

医療機関1	医療機関2
電話番号	電話番号

□ 医療保障の請求があるため、神奈川CTVから本人へ請求書を直送

※ケガをした場合は事故日から30日以内に提出してください。
なお、30日を超えた場合は審査にお時間をいただく可能性がございます。