

# 損保ジャパン株式会社 神奈川火災新種保険金サービス課 行

〒241-8422 住所：横浜市中区本町2-12 損保ジャパン横浜ビル4階  
 FAX：045-201-2061 (24時間) TEL：045-661-2626 (9:00~17:00)

## 事故連絡票

<神奈川県市町村職員共済組合 取扱代理店有限会社神奈川シィ・ティ・ブイサービス>

連絡時間	年 月 日 時 時間は24時間でご記入ください	ご連絡者	様 (被保険者様との関係： 本人・配偶者・親族)
連絡先	ご住所： <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> その他 AM PM 時 ~ AM PM 時 電話番号： ( )	お客様のご都合の良いご連絡時・電話番号・時間帯をご指定ください。	

※上記連絡時にお電話いたしますので、必ず連絡がつく連絡先をご記入ください。

加入者名	<input type="radio"/> 上記連絡者様と同じ場合は○印 フリガナ 所属所名 組合員証No.	契約内容	証券番号： 契約コース名
------	--------------------------------------------------------------	------	-----------------

※事故をされた方のお名前をご記入ください。

お名前	<input type="radio"/> 上記連絡者様と同じ場合は○印 フリガナ	ご住所	<input type="radio"/> 上記連絡者様と同じ場合は○印
-----	----------------------------------------------	-----	--------------------------------------

事故日	年 月 日 時 分頃	場所	<input type="radio"/> 道路上 <input type="radio"/> 学校内 <input type="radio"/> 自宅内 <input type="radio"/> その他 ( )
内容	※ご連絡いただく事故形態に応じて、○印をお付けください。 <input type="radio"/> 傷害事故 <input type="radio"/> その他 (携行品・用品・賠償 etc)		
部位	ご病気・おケガをされた部位をご記入ください	診断名	
医療機関	医療機関名： 電話番号： ( ) →入院の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	賠償事故欄	(相手方住所) (相手方氏名) (相手方電話番号) ( )
備考	※ご自由にお使いください		

※太枠内は、必ずご記入ください。それ以外は、わかる範囲でご記入ください。