教弘傷害団体保険　事故届出書

万一、傷害保険対象の事故等に遭われましたら、下記「届出書」に該当項目を記入して、事故日から30日以内に　ファクシミリ（この用紙）　または　電話でお知らせください。

ファクシミリ　086-272-1781　岡山市中区西川原255番地

電話　086-272-1909 公益財団法人日本教育公務員弘済会岡山支部

届　出　書	平成　年　月　日
連絡者名(　加入者　)	
住所・連絡先	〒
電話番号	（自宅） （日中の連絡先）
所属コード・所属名	
職員番号	
被保険者名 （けがをされた人） 加入者と住所が違う時	ﾌﾘｶﾞﾅ　（男・女）生年月日　T・S・H　.　.　. 住所　TEL
事故の日時	年　月　日　午前・午後　:　頃
事故の場所（詳しく）	
事故の状況 （何をしていて、どんな状況で事故になったかを、できるだけ詳しく書いてください）	加入ﾀｲﾌﾟ（A1・B1・C1・C2 口数　口）
けがをされた体の部位と症状に○をつけてください	部位　頭部・顔面・頸部・肩部・胸部・腹部・脊柱・腰部・ 上肢・手指・下肢・足指・全身・半身・臓器・神経 その他（　）
	症状　骨折・脱臼・捻挫・創傷・破裂・火傷・腱断裂・靭帯損傷 欠損切断・打撲挫傷・神経損傷・急性中毒・その他（　）
警察への届出	有　・　無
傷病の程度	入院　・　通院　・　休業　・　後遺障害
手術の有無	有　・　無
病院名	① ②

※　届出内容について、後日ご照会をさせていただくことがあります。
※　内容確認後「保険金請求書」等を郵送いたします。
※　この用紙は加入者カードとともに保管しておいてください。

弘済会記入欄

団体契約者名	証券番号	加入者番号
ｷｮｳｲｸｺｳｻｲｶｲ　３８６３	911510A816	50E