

◎赤字・赤枠の部分記入してください。

記入例

様式第33号

【連絡者】	① (兵庫) 都道府県	〒		所屬所番号 () 連 合 会		【保険会社】	《明治安田損害保険㈱》 損害サービス部 所得補償・医療保険 サービスグループ
	・本人 () ・家族(続柄:) ・その他 () (氏名:)			() 共 済 組 合			受付
				受付			受付
				受付			受付

※受付欄には、共済事務担当者の印を押してください。

事故連絡票

保 険 期 間 平成 年4月1日～平成 年3月31日

団 体 名 **全国市町村職員共済組合連合会** 団体番号 9 1 - 7 3 2 1 - - 0 0 0 0

フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	(男)・女	職員番号	
氏名	共済 太郎	年齢	籍 55 歳	貸付番号【全ての貸付番号をご記入ください】	
現住所	〒 0000-0000 兵庫 第 1 区 第 1 組 △△市××町			①	
	1-2			②	
電 話	自 宅: ***-***-**** 日 中 通 話: ***-****-****			③	
				④	
勤務先	〇〇市役所			⑤	
				⑥	
					電話 0791-12-3456

※貸付が上記以外にもある方は、⑦その他欄にご記入ください。

③休業の原因 **けが**・**病気** 休業開始日(この欄で最初に勤務を休んだ日) 平成 26 年 4 月 1 日

◆休業の原因が「けが」の場合は「④けが」の欄に、「病気」の場合は「④病気」の欄に、詳細をご記入ください。

④けが	事故発生日	平成 年 月 日 AM・PM 時 分	初診日	平成 年 月 日
	事故の場所	都 道 府 県		
	傷病名			
	原因・状況	(なるべく詳しくご記入ください)		
	事故証明	有(証明者)・無	目撃者	有・無

④病	休業の原因となった病名	不眠症	初診日	平成 26 年 10 月 1 日
	発病の経緯・症状	(発病の時期等、具体的に記入してください)		
	平成 26 年 2 月初旬頃より著しく精神不安定となる。			
	既往症(有(無))	(有の場合具体的に記入ください。傷病名)	年 月 頃	
	(備考)			

◆「④けが」「④病気」の、治療の状況を、ご記入ください。

⑤治療の状況	治療した病院	名称 △△△クリニック	住所 神戸市中央区××丁目××番××号	電話 ***-***-****
	受診科	精神科	担当医師	神戸 花子
	入院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	通院	平成 25 年 10 月 1 日 ~ 平成 年 月 日
	手術	有(手術名:) (無)	治療見込	平成 年 月 現在特になし

⑥他の保険加入状況 (有)・無・不明 有の場合: 保険会社名 (〇〇保険会社) 保険種類 (医療 保険)

⑦その他

- 「事故連絡票」は、判明している範囲でなるべく詳しくご記入ください。
- 原則として、休業期間(有給休暇を含む)が30日以上あると見込まれる場合には、休業開始日から30日以内にご連絡ください。
- 保険金の支払額は、就業不能の内容等により算出されます。必ずしも休業期間終了後の「休職期間」の全てが対象とならない場合がありますので、予めご了承ください。

④については、③に基づきいずれかを記入してください