

新・団体傷害保険 新・所得補償保険等 事故連絡票のご案内

1. 傷害事故または、所得補償等のご請求事案が発生した場合、別紙「事故連絡票」に必要事項をご記入のうえ、原則個人情報社内指定封筒（黄色封筒）またはお急ぎの場合はFAX：03-3343-8857にて明治安田保険サービスあてにご連絡をお願いいたします。

- ① 手書きをご希望の場合は、「事故連絡票（印刷・手書き用）（シート2）」を印刷のうえ、ご利用ください。
- ② 直接入力をご希望の場合は、「事故連絡票入力シート（シート4）」に入力のうえ、入力が反映された「事故連絡票入力結果反映用（シート5）」をご利用ください。

2. 明治安田保険サービスから明治安田損害保険へ報告いたします。
なお、契約者照会のうえ明治安田保険サービス（代理店）扱いの他契約がある場合、該当の保険会社に報告いたします。

3. 保険金ご請求の流れ

保険会社から請求書類一式が送付されます。

<例1：傷害事故の請求書類一式>

- ① 保険金請求書（傷害事故）
- ② 事故状況報告書 兼 治療状況申告書
※請求金額10万円以下の場合、通常、事故状況報告書 兼 治療状況申告書欄（保険金請求書裏面）に、事故状況、傷病名・入通院日数・医療機関名等の治療内容を正確にご記入いただければ、診断書・診察券・領収書のご提出は不要です。
ただし、必要に応じて、ご提出をお願いする場合がございますので、診察券・領収書等の治療に関する書類は、保険金のお支払いが完了するまで保管願います。
※請求金額10万円を超える場合は明治安田損保所定様式の診断書が必要となります。

<例2：所得補償保険の請求書類一式>

- ① 保険金請求書 兼 支払指図書
- ② 事故状況・発病経緯報告書 兼 休業証明書
- ③ 診断書（所定様式の診断書）

◇請求書類はお手元に届くまで10日前後かかります。少しお待ちください。

4. 明治安田損害保険にて保険金の「査定」が行われます。

【その他ご連絡】

1. 重大な傷害事故（死亡・後遺障害）については個別対応になる場合があります。
2. 過大な治療行為は認定日数が削減される恐れがあります。
3. ご不明な点につきましては明治安田保険サービスあてへお問い合わせください。



明治安田保険サービス株式会社

事務サービス・CS推進部

〒163-1104

東京都新宿区西新宿6-22-1

新宿スクエアタワー4階

TEL: 03-3343-8779 内線: 7318-202

FAX: 03-3343-8857

1. 請求する保険金にしてください

通知日 令和 年 月 日

新・団体傷害保険

-
- 傷害（通院・入院）
-
- 携行品損害
-
-
- 住宅内生活用動産
-
- 賠償責任
-
-
- キャンセル費用
-
- その他

新・所得補償保険

-
- 所得補償
-
-
- 長期就業不能サポート

その他

-
- 団体
-
- レジャー
-
-
- その他

2. ご請求時共通記入欄 (①~③)

① 加入者	フリガナ	性別	所 属	部・室 支社・会社名	該当区分に○をつけ左詰め でご記入ください					
	氏名	男		グループ・課 営業所(部・室)名	区分	役職員等6桁	LC等10桁	グループ会社 職員等6桁		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	女		コード					
② 被保険者	加入者と同居	有	無	職業	加入者から みだ続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()	つながりやすいご連絡先を ご記入ください				
	フリガナ	性別	電話 番 号			職員・LC グループ会社職員 等 日中連絡先	1			
	氏名	男					2			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	女			ご契約と同じ補償を受けられる他の保険契約等				
住所					他社契約	<input type="checkbox"/> 無・不明	<input type="checkbox"/> 有			
	〒 -				会社名					
	保険会社からお問い合わせ可能なEメールアドレスをご記入ください				保険の種類					
					@					
③ 事故原因・ 詳細な状況	事故日 ※1	※1 所得補償保険の場合は就業不能(障害)となった初日 (24時間)						平成・令和 年 月 日 時 分 ころ		
	事故場所	都道府県				(施設名)		自宅敷地 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 外		
	事故状況 ※2	※2 病気による所得補償保険ご請求の場合は病気の状況および休業までの経過を記載ください						(何をしている時) (何が起きて) (どうなったのか)		
	交通事故の場合 警察届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 運転 <input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 運転免許証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

3. 詳細な内容 (ご請求内容に応じ④~⑦欄をご記入ください)

④ 傷病名	傷害部位	<input type="checkbox"/> 10頭	<input type="checkbox"/> 15顔	<input type="checkbox"/> 20首・頸	<input type="checkbox"/> 25肩	<input type="checkbox"/> 30胸・腹	<input type="checkbox"/> 35背・腰	<input type="checkbox"/> 40腕	<input type="checkbox"/> 45手指	<input type="checkbox"/> 50脚	<input type="checkbox"/> 55足指	<input type="checkbox"/> 60臓器	<input type="checkbox"/> 99その他
	傷害症状	A1骨折・脱臼	B1打撲・挫傷	B2捻挫	D1切断・欠損	E1切傷・擦り傷	F1筋・腱・神経・半月板・靭帯損傷	G1血腫・内出血	H1内臓破裂	J1火傷	その他		
⑤ 傷害/ 所得の詳細	治療の状況	<input type="checkbox"/> 通院	平成・令和 年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 治療	平成・令和 年 月 日	実通院 日数	日	<input type="checkbox"/> 治療中	日間くらい治療を要する	労災 申請	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 入院	平成・令和 年 月 日 ~	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 手術名	<input type="checkbox"/> 手術日 (/ /)							
		<input type="checkbox"/> 医療機関名	①	電話番号	②	電話番号							
		<input type="checkbox"/> 固定具(ギプス等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	固定具の名称・常時装着期間 ・ / / ~ / /								
	所得補償は休職期間をご記入ください 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 復帰 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 未定												
⑥ 損害品	損害品名	購入金額	購入年月	修理可・不可	修理状況	修理代	損害区分						
		円	平成・令和 年 月	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 破損 (<input type="checkbox"/> 現物有 <input type="checkbox"/> 写真有)	<input type="checkbox"/> 盗難					
⑦ 賠償	被害者名	<input type="checkbox"/> 対人	傷病名	<input type="checkbox"/> 対物	損害品								

※ご状況確認のため、保険会社からご連絡をさせていただく場合がございます。請求書類はお手元に届くまで10日前後かかります。

明治安田保険サービス使用欄

保険種目	加入状況	担当者通信欄 (被保険者番号)	受付印
団体傷害	1・2・3・4・5	X・Y	
所得補償	A1・B1・C1・()	・LTD()	
その他			
書類送付先: 自宅あて希望 <input type="checkbox"/> 有			

事故連絡票 記入方法

「事故連絡票」に漏れがあると、保険金の支払いまでに時間を要する場合がございます。
正確にご記入のうえ、ご提出ください。

1 記入日を記入します。

2 請求する保険金にチェックします。

3 加入者名・職員番号を記入します。

4 被保険者名を記入します。
※同居・別居のいずれかに「O」をします。

5 日中繋がりやすい連絡先を記入します。

6 事故原因をできるだけ詳しく記入します。

7 被害の程度・具体的な内容（傷病名、傷害部位、傷害症状）を該当欄に記入・チェックします。

8 治療状況を該当欄に記入します。
※固定具（ギプス等）とは、ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネ、その他これらと同程度に固定できるものをいいます。

9 所得補償保険を請求する場合は、休職期間を記入します。

10 携行品損害を請求する場合は、損害品について記入します。

11 賠償責任保険を請求する場合は、被害者名等を記入します。



事故連絡票

明治安田保険サービス御中

事故連絡は必要事項をご記入のうえ、個人情報指指定封筒または、FAXにて提出してください

FAX 03-3343-8857

1 請求する保険金にしてください

新・団体傷害保険	<input type="checkbox"/> 傷害（通院・入院） <input type="checkbox"/> 携行品損害 <input type="checkbox"/> 住宅内生活用財産 <input type="checkbox"/> 賠償責任 <input type="checkbox"/> キャンセル費用 <input type="checkbox"/> その他	新・所得補償保険	<input type="checkbox"/> 所得補償 <input type="checkbox"/> 長期就業不能サポート	その他	<input type="checkbox"/> 団体レジャー <input type="checkbox"/> その他
----------	--	----------	--	-----	---

2 請求時共通記入欄 (①~③)

3 ① 加入者

フリガナ	氏名	性別	所属	部・室 支社・会社名	該当区分にOをつけ左詰めでご記入ください			
昭和・平成・令和	年 月 日	男 女		グループ・課 営業所(部・室)名	区分	役員等6桁	LC等10桁	グループ会社 職員等6桁
昭和・平成・令和	年 月 日				コード			

4 ② 被保険者

加入者と同居	有	無	フリガナ	氏名	性別	職業	加入者からみた続柄	電話番号	つながりやすいご連絡先をご記入ください
			昭和・平成・令和	年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()	1 2	電話-IC グループ会社職員 等 日中連絡先
				住所					ご契約と同じ補償を受けられる他の保険契約等
									他社契約 <input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有
									会社名
									保険の種類
									保険会社からお問い合わせ可能なEメールアドレスをご記入ください
									@

6 ③ 事故原因・詳細な状況

※1 所得補償保険の場合は就業不能（障害）となった初日 (24時間)

事故日 ※1 平成・令和 年 月 日 時 分 ころ

事故場所 都道府県 (施設名) 自宅敷地 内 外

事故状況 ※2 ※2 病気による所得補償保険ご請求の場合は病気の状況および休業までの経過を記載ください

交通事故の場合 警察届出 有 無 運転 運転中 同乗中 運転免許証 有 無

7 ④ 傷病名

3 詳細な内容 (ご請求内容に応じ④~⑦欄をご記入ください)

傷害部位	<input type="checkbox"/> 10頭	<input type="checkbox"/> 15顔	<input type="checkbox"/> 20首・頸	<input type="checkbox"/> 25肩	<input type="checkbox"/> 30胸・腹	<input type="checkbox"/> 35背・腰	<input type="checkbox"/> 40腕	<input type="checkbox"/> 45手指	<input type="checkbox"/> 50脚	<input type="checkbox"/> 55足指	<input type="checkbox"/> 60臓器	<input type="checkbox"/> 99その他
傷害症状	A1骨折・脱臼	B1打撲・挫傷	B2捻挫	D1切断・欠損	E1切傷・擦り傷	F1筋・腱・神経・半月板・靭帯損傷	G1血腫・内出血	H1内臓破裂	J1火傷	その他		

8 ⑤ 傷害 / 所得の詳細

請求の詳細

治療の状況

通院 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

入院 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

手術名 手術日 (/ /)

医療機関名 ① 電話番号 ② 電話番号

固定具（ギプス等） 有 無 固定具の名称・常時装着期間

9 所得補償は休職期間をご記入ください

平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 復帰 予定 未定

10 ⑥ 携害品

損害品名	購入金額	購入年月	修理可・不可	修理状況	修理代	損害区分
	円	年 月	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 未修理 <input type="checkbox"/> 修理済	円	<input type="checkbox"/> 破損 (<input type="checkbox"/> 現物有 <input type="checkbox"/> 写真有) <input type="checkbox"/> 盗難

11 ⑦ 賠償 被害者名 対人 傷病名 対物 損害品

※ご状況確認のため、保険会社からご連絡をさせていただく場合がございます。請求書類はお手元に届くまで10日後かかります。

明治安田保険サービス使用欄

保険種目	加入状況	担当者通信欄 (被保険者番号)	受付印
団体傷害	1・2・3・4・5 X・Y		
所得補償	A1・B1・C1・() ・LTD()		
その他			
書類送付先: 自宅あて希望 有			

保存 (本) 1年 終了後更新 12256 2023.03

< 事故連絡票はマイリンクNAVI内の以下に投稿しております >

・お役立ちメニュー → グループ会社 → 事故連絡票

または

・申請・手続関連 → 帳票・事務用品等 → 帳票検索システム → 帳票番号で検索 → 帳票番号「12256」