

県生協へFAX(025-285-5198)願います。

県生協→明治安田損害保険株式会社  
傷害・火災・新種保険「ビズグループ」行

事故受付・WIDE

団体名	<b>新潟県職員生活協同組合</b>	団体番号	91-01777-2-000000	商品名	青年アクティブ	退職者	<input type="checkbox"/>
			91-				<input type="checkbox"/>

▼当事者をご記入ください

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

電話・メールそれぞれ優先順位をご記入ください▼

被保険者	加入者と同じ → 太枠内をご記入ください	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中連絡先	( )
	氏名	配偶者	子	同居の親族	電話番号	自宅	( )
	現住所	都道府県	年月日	性別	勤務先	( )	

事故状況等確認のため、お問い合わせが可能なEメールアドレスをご記入ください

※携帯アドレス、PCアドレスいずれでも可

メール① @

メール② @

労災申請  有  無 他社賠償契約  無・不明  有 →

会社名 保険種類

交通事故の場合

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	HR	年 月 日 ( ) 曜日	時 分頃	<input type="checkbox"/> 自敷宅内 <input type="checkbox"/> 自敷宅外
	事故地	〒	都道府県	(施設名)	
	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)	
目撃者	氏名	続柄	電話番号	( )	

賠償責任	当事者	氏名	フリガナ	性別	男 女	年齢	才	
	被害者	氏名	フリガナ	性別	男 女	年齢	才	
		職業						
		住所	〒	都道府県				
	電話番号	( )						
対物	被害物	損害品	損害見込	円				
対人	傷病程度	傷病名	治療見込	週				

▼上記記入欄に記入しきれない場合、損害物の図、現場状況図等ご自由にご記入ください