

# SI-S 事故連絡票 (賠償責任保険) (公務員賠償)

埼玉県市町村職員共済組合 經由 明治安田損害保険株式会社  
 株式会社CTV埼玉 經由 傷害・火災・新種保険サービスグループ行

受付日: \_\_\_\_\_  
 ご担当者: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_

団体名	埼玉県市町村職員共済組合	回番号	91-90463-8-	商品名	訴訟費用保険	退職者	<input type="checkbox"/>
		回番号	91-90669-9-		傷害補償制度		

▼当事者をご記入ください

加入者	フリガナ	被保険者番号		所属		職種	
氏名		生年	年 月 日	性別	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	フリガナ	加入者からみた続柄	<input type="checkbox"/>	配偶者	<input type="checkbox"/>	子	<input type="checkbox"/>	同居の親族	<input type="checkbox"/>	日中連絡先	( )
	氏名									自宅	( )
	現住所									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アドレスいづれでも可

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	
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

▼24時間表示

事故日	H R	年 月 日 ( ) 曜日	時 分頃	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外
事故地	〒	都道府県	(施設名)	
事故の内容	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 ( )

▼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

賠償責任	当事者	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
	被害者	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		