

病気・事故報告書

受付日	20 年 月 日	担当		報告書No	
生協名		生協連絡先	TEL ()	書類交付先	手渡し・郵送 (窓口)・(電話)

※被共済者記入欄

フリガナ 被共済者氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
所属	学(部)生 院生 留学生 高校生 その他	学部 学科	年
届出人氏名・続柄	本人・父・母・その他()		
届出人住所	〒 ☎ - -		

契約内容	被共済者番号	
① 型	年 月 日 ~	年 月 日
② 型	年 月 日 ~	年 月 日
扶養者事故死亡特約	P型・F型	卒業予定年 年 3月
バイク運転中の事故の保障	あり なし→	年 月 日 ~ 年 月 日

→ 該当種別に○	病気	① いつ頃から ② どのような症状で ③ 病名は ④ 同種の病気は初めてか	左記4点について記入してください。	①	共済の申請は初めてか はい・いいえ	
	事故	① どこで、何をしていた ② 何がおきて ③ ケガの程度・部位は ④ 同部位のケガは初めてか		②		上記「いいえ」の方は同一事由による2回目以降の申請ですか はい・いいえ
	死亡	① どなたが(本人・父母・扶養者) ② 死亡年月日 ③ どのような原因で ④ 傷病名		③		
				④		

病気事故の発生日	20 年 月 日	午前 午後	時 分頃	初診日	20 年 月 日	傷病名						
交通事故の場合	乗り物	バイク(cc) ・ 自動車 ・ 自転車 ・ その他()					状況	運転中 ・ 同乗中 ・ 歩行中 ・ その他()	スポーツ事故の場合	種目		
入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日											
手術	なし → あり	①手術日	20 年 月 日	②手術日	20 年 月 日	手術名						
通院(事故のみ)	期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日									通院日数	日
	固定具装着	なし → あり → 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日									装着部位	・ 鼻 ・ 歯 ・ 手指 ・ 足指 ・ その他()
医療機関名	①	②	③	④								

種別 加入型	病 気			不 慮 の 事 故				本 人 死 亡		扶養者の 事故死亡	父母または 扶養者の 死 亡
	入院 (日額)	手術 (1回につき)	後遺障害 (重度のみ)	入院 (日額)	手術 (1回につき)	通院 (日額)	後遺障害	病気・事故 による死亡	その他の 死 亡		
A	10,000円	50,000円	600~540万円	10,000円	50,000円	2,000円	600~24万円	200万円	100万円	500万円	死亡1名につき20万円
M	2,500円	10,000円	150~135万円	2,500円	10,000円	1,000円	150~6万円	50万円	25万円	100万円	死亡1名につき10万円
G	10,000円	50,000円	600~540万円	10,000円	50,000円	2,000円	600~12万円	200万円	100万円	卒業まで 月額10万円	死亡1名につき10万円
R	2,500円	10,000円	150~135万円	2,500円	10,000円	1,000円	150~3万円	50万円	25万円	卒業まで 月額10万円	死亡1名につき10万円