

傷害・賠償共済給付金の請求手続き

傷害事故（不慮の事故での入・通院、死亡・後遺障害）、賠償事故などがありましたら、**「傷害・賠償共済事故報告書」**を日本介護クラフトユニオン（NCCU）あて提出（FAX または郵送）してください。

FAX：03-5730-9382

郵送：105-0014

東京都港区芝 2-20-12 友愛会館 13F NCCU 共済あて

★加入コースにより受けられる保障が異なります。

到着後必要な書類一式を郵送いたします。

<<基本コース加入>>

- ・ 傷害給付金（死亡・後遺障害、入院、通院、手術）
- ・ 賠償責任給付金

<<総合コース加入>>

- ・ 基本コースの保障と以下の保障
- ・ 携行品損害給付金
- ・ 事故救援者見舞金
- ・ 自転車（新車）盗難見舞金
- ・ ホールインワン・アルバトロス祝金
- ・ 家財盗難給付金
- ・ 家宅侵入見舞金

※請求に際してのご注意

- （1）就業中（工作中）の傷害は・・・
 - ・ 加入者（組合員）は対象外になります。
 - ・ 家族（加入タイプが夫婦・家族の場合）は対象
- （2）携行品損害は、自宅（建物内）は対象外になります。

ご不明な点がございましたら、

NCCU 共済【フリーダイヤル：0120-372-931（平日 9：30～17：00）】にお電話ください。

UA ゼンセン福祉共済互助会
東京海上日動火災保険株式会社

御中

UAゼンセン
傷害・賠償 共済 専用

傷害・賠償共済 事故報告書

報告日 2000年 7月 2日

① 共済加入者番号	0012345670	加入者名	(ふりがな きょうさい たろう)		
組合・支部名	市ヶ谷労組・東京		組合コード	123450000	
加入コース	基本・ 総合 ・フレッシュパック	加入タイプ	個人・ 夫婦 ・家族	支払方法	月払 ・年払
住所	〒102-8273 千代田区九段南4-8-16			電話	03 (3288) 3533

私は傷害・賠償共済に加入し、下記のとおり給付対象と思われる事故が発生いたしましたので、ご報告いたします。

① 給付金種類	② (V印をつけてください)					
	<input type="checkbox"/> 死亡給付金	<input type="checkbox"/> 手術給付金	<input type="checkbox"/> 自転車(新車)盗難見舞金			
	<input type="checkbox"/> 後遺障害給付金	<input type="checkbox"/> 賠償責任給付金	<input type="checkbox"/> ホールインワン・アルバイト祝金			
	<input type="checkbox"/> 入院給付金	<input type="checkbox"/> 携行品損害給付金	<input type="checkbox"/> 家財盗難給付金			
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院給付金	<input type="checkbox"/> 救援者見舞金	<input type="checkbox"/> 家宅侵入見舞金			
③ 事故状況	発生日時	2000年 7月 1日		※時間は24時間で記載(午後5時は17時) 19時 30分頃		
	事故発生場所	東京 都 道 県 千代田区市ヶ谷駅				
	被災者	氏名	(ふりがな きょうさい はなこ)	年齢	○ 歳	性別 <input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性
	加入者との関係	本人	就業中	就業中ではない	配偶者	親族
「何をしていた、どこ(何)が、どんなきっかけで、どうなった」の順で事故によりお怪我をされた状況、物が壊れた状況をご記入下さい。 駅の階段で踏み外し、転落してしまい、 右足骨折および背中から右肩にかけて打撲						
③ 相手の方 (賠償事故の場合)	氏名	〒 TEL:		保険会社による示談代行サービスを利用する・利用しない いずれかに○印をお願いします		
④ 被害内容	損害物	購入価格	購入年年月	損害物	購入価格	購入年年月
④ ④ 傷害・治療の状況	傷害	創傷 挫傷 骨折 脱臼 捻挫 腱断裂 やけど 熱傷 その他	右足、右肩、背中	傷病名(診断名)	骨折 打撲	
	治療	治療終了見込み	2000年 11月頃			
	医療機関名	市ヶ谷病院 03-3999-1234				
⑤ 給付金関係	◆ 入院・手術の予定についてお伺いします。(現時点の状況) ①入院の予定はありますか。有()・無(○)・未定() ②手術の予定はありますか。有()・無(○)・未定() 正式手術名: 記号番号					
	書類の送付について	* 書類は組合窓口にて備えてあります。 各用紙はコピーしてご利用ください。				

※「事故報告書」は、原則、事故発生後30日以内に提出ください。

〈個人情報の利用・取扱いの同意〉

貴互助会および貴社が、本請求に関する個人情報(*)を、本請求への対応および適正な給付金の支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供することについて同意いたします。(*)加入者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等。

傷害・賠償共済 事故報告書

報告日 年 月 日

共済加入者番号	加入者名 (ふりがな)	
組合・支部名	組合コード	
加入コース	基本・総合・フレッシュパック	加入タイプ
住所	個人・夫婦・家族	支払方法
	月払・年払	電話 ()

私は傷害・賠償共済に加入し、下記のとおり給付対象と思われる事故が発生いたしましたので、ご報告いたします。

① 給付金種類	(V印をつけてください)					
	<input type="checkbox"/> 死亡給付金	<input type="checkbox"/> 手術給付金	<input type="checkbox"/> 自転車(新車)盗難見舞金	<input type="checkbox"/> 後遺障害給付金	<input type="checkbox"/> 賠償責任給付金	<input type="checkbox"/> ホールインワン・アルバトロス祝金
	<input type="checkbox"/> 入院給付金	<input type="checkbox"/> 携行品損害給付金	<input type="checkbox"/> 家財盗難給付金	<input type="checkbox"/> 通院給付金	<input type="checkbox"/> 救援者見舞金	<input type="checkbox"/> 家宅侵入見舞金
② 事故状況	発生日時	年 月 日	※時間は24時間で記載(午後5時は17時)			時 分頃
	事故発生場所	都 道 府 県				
	被災者	氏名 (ふりがな)		年齢	歳	性別
	加入者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	ご本人の場合でケガのときは就業中の事故かご回答下さい		<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族
	「何をしていて、どこ(何)が、どんなきっかけで、どうなった」の順で事故によりお怪我をされた状況、物が壊れた状況をご記入下さい。					
③ 相手の方 (賠償事故の場合)	氏名	ご住所	〒	TEL:		
	保険会社による示談代行サービスを利用する ・ 利用しない いずれかに○印をお願いします					
④ 被害内容	損害物	購入価格	購入年年月	損害物	購入価格	購入年年月
⑤ 傷害・治療の状況	傷害	創 挫 骨 脱 捻 腱 や 熱 腰 そ 傷 傷 傷 折 臼 挫 断 裂 ど け 傷 痛 他	傷害の部位		傷病名(診断名)	
		治療終了見込み	年	月頃		
		医療機関名	〒	☎		
		◆ 入院・手術の予定についてお伺いします。(現時点の状況) ①入院の予定はありますか。有()・無()・未定() ②手術の予定はありますか。有()・無()・未定() 正式手術名: 記号番号				
給付金関係の書類の送付について	* 書類は組合窓口にて備えてあります。 各用紙はコピーしてご利用ください。					

※「事故報告書」は、原則、事故発生後30日以内にご提出ください。

〈個人情報の利用・取扱の同意〉
貴互助会および貴社が、本請求に関する個人情報(*)を、本請求への対応および適正な給付金の支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供することについて同意いたします。 (*加入者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等。