

〈大阪市職員互助会 傷害補償・あんしんメディカル(医療補償)・がん補償・介護補償専用〉

団体総合生活保険

ケガ(傷害)・病気(疾病)
保険事故報告書

【事故報告されるにあたって】

1. ご加入の保険制度ごとに次の内容を確認ください。

○ お支払い対象となります ☆ あんしんオプション付帯時お支払い対象となります(退院後の通院のみ)

	ケガ(傷害)		病気(疾病)	
	入院	通院	入院	通院
傷 害 補 償	○	○		
あんしんメディカル(医療補償)	○	☆		

がん補償(オプション)	○(がんと診断確定された場合)
介護補償(オプション)	○(所定の要介護状態になった場合)

個人賠償責任補償特約(オプション)に関する事故は、大阪市職員互助会までご連絡ください

2. 保険事故が発生したらすみやかに保険事故報告書に必要事項を記入し、
大阪市職員互助会に直接送付してください。

本保険事故報告書を受付後、2週間以内に保険会社から
「保険金請求手続きのご案内」が会員様自宅あてに送付されます。

※ 医療機関の領収証・診断書等は保険会社から送付された「保険金請求書」をご送付いただく際に必要に応じて添付していただきます。

※ **記入方法等ご不明な点は、大阪市職員互助会
フリーダイヤル 0120-491-054 までお問い合わせください。**

一般財団法人 大阪市職員互助会
東京海上日動火災保険株式会社

各種保険金の一覧

【ご注意】各種保険金の詳細に関しましては、募集パンフレットにてご確認ください。

傷害補償

	ケガ（傷害）された場合
入院保険金	☐
通院保険金	☐
手術保険金 ^{（注）}	☐
後遺障害保険金	☐
死亡保険金	☐

あんしんメディカル（医療補償）

	ケガ（傷害）・病気（疾病）とも		
	しっかり医療プラン	あんしん医療プラン	お手軽医療プラン
入院保険金	☐	☐	☐
手術保険金 ^{（注）}	☐	☐	☐
放射線治療保険金	☐	☐	☐
先進医療保険金	☐	☐	☒
葬祭費用保険金	☐	☐	☒
特定疾患保険金	☐	☐	☒
成人病入院保険金	☐	☒	☒

三大疾病重度（入院）一時金	あんしんオプションにご加入の方のみ対象となります
退院後通院保険金	

がん補償（オプション）

	がんと診断確定された場合
がん診断保険金	☐ ※新規ご加入の場合、待機期間90日

介護補償（オプション）

	所定の要介護状態になった場合
介護補償保険金	☐ ※要介護2以上の認定を受けた場合または東京海上日動所定の要介護状態が90日を超えて継続した場合

○…お支払い対象となります ×…お支払い対象とはなりません

（注）「傷害補償」と「あんしんメディカル（医療補償）」における手術保険金のお支払い対象となる手術は約款に定められています。詳細は診療明細などで手術名をご確認の上、互助会までお問い合わせください。

記入例

団体総合生活保険

ケガ（傷害）・病気（疾病）に関する保険事故報告書

東京海上日動火災保険株式会社 御中

一般財団法人 大阪市職員互助会

※必要項目をすべてご記入ください。

職域コード	1 交通・水道・校園以外 2 交 通	3 水 道 4 校 園	職員番号 (左づめ)	1	2	3	4	5	6	7
所属コード (左づめ)	5	4	3	2	1	0	所属名	人 事	局 区 室 管 理	担当
〇〇〇〇年 3 月 1 日 会員住所(自宅) 〒 541-0052							連絡先 [自宅] 06 - 4705 - 2427			
大阪市中央区安土町3-1-3 ヴィアーレ大阪 (フリガナ) ゴ ジョ タ ロウ 会員氏名 互 助 太 郎							[職場] 06 - 4705 - 2426			
							[携帯] 090 - 1234 - 5678			
加入制度	☒ 傷害補償		☒ あんしんメディカル(医療補償)		がん補償(オプション)			介護補償(オプション)		
加入口数・タイプ	2 □		しっかり医療プラン (あんしん医療プラン) お手軽医療プラン あんしんオプション (あり)・(なし) 入院保険金日額 3,000・5,000・7,000・10,000 円 ※待機期間90日		☒ 有 保険金 受取人指定 ☐ 有 ☒ 無			☒ 有		
被保険者	氏名 (カナ) ゴ ジョ ハナ コ 互 助 花 子 様 妻	性別 男 女 生年月日 大正・昭和 平成・西暦 45 年 5 月 10 日								
被保険者住所 (自宅)	会員住所と同じ ☒	会員住所と異なる場合 〒								
おケガの場	おケガをされた日時 〇〇〇〇年 3 月 1 日 (午前・午後 8 時 45 分 ごろ)	おケガの原因・状況(ケガの状態など具体的に記入してください。) 病気の状況(病院に行かれるまでの経緯・病名等を詳細に記入してください。)								
おケガ・病状の内容		※1事故につき1枚の報告書が必要となります。 [ケガ] 交差点を横断しようとした際、左折してきた自転車と接触転倒し右足を打撲した。 [病気] 腹痛のため〇〇医院にて受診したところ虫垂炎との診断を受け翌日△△病院に入院、手術をした。								
傷病名		きり傷・打撲・腱断裂・捻挫・火傷・骨折・脱臼・むちうち・その他 (傷病名をご記入ください)								
受傷部位 (おケガの場合)		左・ ☒ 手・ ☒ その他 ()								
初診日		〇〇〇〇年 3 月 1 日			医療機関名		〇〇 医 院			
入院期間 (1日入院を含む)		〇〇〇〇年 3 月 1 日～〇〇〇〇年 3 月 10 日(確定・見込み)			TEL		06 (1234) 5678			
通院期間		〇〇〇〇年 3 月 11 日～〇〇〇〇年 5 月 15 日(確定・見込み)			医療機関名		初診と同じ △△ 病 院			
手術の有無 (予定を含む)		☐ 無 ☒ 有 (有の場合は次に内容をご記入ください) 診療明細書(手術料欄)等でご確認ください			TEL		初診と同じ 06 (5678) 1234			
※介護補償(オプション)にご加入の場合のみ記入		公的介護認定 ☒ 有 要介護2以上と認定された日(〇〇〇〇年 3 月 1 日) 初めて要介護認定された日(〇〇〇〇 年 3 月 1 日)								
		☐ 無 要介護状態と診断された日(年 月 日) 認知症の場合 認知症と診断された日(年 月 日)								

●上記内容をもとにお支払いできるすべての保険金について確認させていただきまして、2週間以内に「保険金請求手続きのご案内」を会員様自宅あてに送付させていただきます。
なお、最終的にお支払いされる保険金につきましては、「保険金請求書」をご提出いただいたうえで、保険会社が審査し決定いたしますのであらかじめご了承ください。
また、治療状況等に今後変更が生じた場合には、お手数ですが、互助会までご連絡くださいますようお願いいたします。
●保険会社からの保険金支払に関し、医療機関への内容照会を必要とした場合には、別途保険会社指定の「医療機関への照会に関する同意書」を提出する必要があります。あらかじめご了承ください。

※記入方法等ご不明な点は互助会にお問い合わせください。
記入後は、互助会に直接送付してください。

※代理店／保険会社使用欄

【代理店記入欄】	代理店受付	担当損害課受付

互助 2018.01

おケガ、ご病気をされた方のお名前をご記入ください。

住所・施設名等をご記入ください。

記入欄が不足する場合は別紙に記入して添付してください。

正式な手術名をご記入ください。