

②感染症検査費用特約 事故報告書

ご記入日:西暦 年 月 日

証券番号:

|                  |      |   |            |          |
|------------------|------|---|------------|----------|
| 加入者<br>(II 被保険者) | フリガナ |   | 日中の<br>連絡先 | TEL: ( ) |
|                  | 氏名   |   |            | メール:     |
|                  | 住所   | 〒 |            |          |
|                  | 所属施設 |   | 被保険者番号     |          |

|     |       |  |        |  |
|-----|-------|--|--------|--|
| 契約者 | 契約法人名 |  |        |  |
|     | 担当者   |  | 担当者連絡先 |  |

※「契約者」欄は、施設加入の場合のみご記入ください。

■職業感染事故内容

|      |    |   |   |   |
|------|----|---|---|---|
| 事故日  | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 事故状況 |    |   |   |   |

★必ずご確認のうえ、下記にチェックを入れてください。★

本紙で報告する感染事故において、労災適用および勤務先の検査費用負担はありません。

■添付書類

本報告書と共に、以下の書類を添付してください（検査が複数回に及んだ場合は、各々の検査について添付が必要です）

- ・診療明細書（検査内容確認のため）
- ・領収証（自己負担金確認のため） ※一体型の書類であれば一枚で可

ご報告内容を確認後、保険金請求書をお送りいたします。

※本報告時はコピーでも結構ですが、保険金請求時には「原本」の添付が必要です。

本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。  
なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。