

③感染症保険 事故報告書

ご記入日: 西暦 年 月 日 証券番号:

★すべての入院、通院、自宅待機後にご提出ください。

被 保 険 者 欄	フリガナ		日中の 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。

罹 患 内 容	感染症名																	※別紙に記載の感染症以外は見舞金 給付の対象となりません。																																
	感染症発症を 医師に診断された日	西暦	年	月	日																																													
	入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計	日	入院期間:	年	月	日	~	年	月																																								
	(診断書や領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)																																																	
	通院日と自宅待機日を、右下のカレンダーに印(通院=○印 待機期間=△印)をつけ、合計の日数を記入してください。 通院をした日は「通院日」、通院せずに自宅待機した日を「自宅待機日」としてください。※上記カレンダーに書ききれない場合は、欄外にご記入 ください。																																																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																
	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																		
通院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 日																自宅待機 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	計 日																																
(領収書の枚数と相違ないことをご確認ください。)																	(診断書に記載の待機期間日数以内であることを ご確認ください。)																																	
通院・入院 合計日数	通院																+	自宅待機																=	合計															
	日																	日																	日															

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> その他(氏名:)	被保険者との続柄: ()
住所・連絡先	〒	TEL:

参考)見舞金請求に必要な書類 所定の見舞金請求書の他に、以下の書類が必要です。

書類	入院の場合	通院の場合	自宅待機の場合
医師の診断書	○*1	○*1	○ (感染症名と待機日数の記載が必須)
医療機関の 診療明細書等	○ (入院日数が分かる書類)	○ (通院日数が分かる書類)	-

*1 原則として医師の診断書が必要ですが、他に感染症名が特定できる書類(診療明細付き領収書等)があれば、これを診断書に代えることができます。

※感染性胃腸炎、ノロウイルスの場合は、診断書または経過表等の感染症名が明記された書類が必要です。

※通院と自宅待機が同日の場合は、通院一日とカウントします。

※いずれの書類もコピー可です。

必要書類がご不明な場合は「福祉専門職保険」事務局
(フリーダイヤル0120-255228)までご連絡ください。

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。