

日臨技リンクス「がん補償」事故報告書

ご記入日： 西暦 年 月 日

契約者名：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

■加入者欄		加入者証券番号	
氏名	フリガナ	会員番号	性別 (男・女)
		生年月日	西暦 年 月 日 歳
	様	日中の連絡先	TEL : () (携帯・自宅・勤務先) メール :

■報告者欄 (加入者と異なる場合のみ記入してください。)

氏名	フリガナ	加入者との続柄	
	様	日中の連絡先	TEL : () (携帯・自宅・勤務先) メール :

■被保険者 (この報告によって補償を受ける方) 欄

加入者本人 配偶者 子

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 歳
	様				

■治療状況

傷病名	
初診日	西暦 年 月 日 既往症 (あり・なし)
診断確定日	西暦 年 月 日
入院	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) ① (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数: 日) 病院名: ② (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数: 日) 病院名:
通院	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) ① (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数: 日) 病院名: ② (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数: 日) 病院名:
手術	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) ① 西暦 年 月 日 手術名:
補足事項	

■保険金請求書の送付先 (内容照会先)

加入者 加入者本人以外の被保険者 報告者 その他(氏名: 加入者との続柄:)

住所・電話	〒 TEL フリガナ
-------	---------------

※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。