

(株) メディックプランニングオフィス宛て (FAX : 0120-035466)

## 日臨技リンクス「団体長期障害所得補償」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 (=被保険者) 欄

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

### ■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 様	加入者との続柄			
		日中の連絡先	TEL : ( )		(携帯・自宅・勤務先)

### ■状況

受傷または発病の日時	西暦 年 月 日	既往症	( あり ・ なし )
受傷または発病の状況 (傷病名)			
休業開始日 (有給含)	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	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 :	
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)

<input type="checkbox"/> 加入者 (=被保険者) <input type="checkbox"/> 報告者 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 : )		加入者との続柄 : )
住所・電話	〒 フリガナ	TEL

※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。

WEB