

日臨技リンクス「医療補償」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) |
| | 様 | 生年月日 | 西暦 年 月 日 歳 |
| | 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 (※加入者本人の場合は、記入不要です。)

| | | | | | |
|--|------|----|-----|------|------------|
| <input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 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) |
| 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: |
| | (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)

| | |
|---|------------|
| <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。