

「Will-Life」

①治療・入院諸費用・救援者費用 事故報告書

事故報告書送付先:(株)メディックプランニングオフィス

FAX:0120-035466

※原則としておケガ・ご病気をされたご本人(被保険者)が保険金請求者となります。
おケガ・ご病気をされた方が未成年者の場合は親権者の方が保険金請求者となります。

ご記入日 西暦 年 月 日

証券番号:

1 保険金請求者(被保険者(学生))※未成年者の場合は加入者(扶養者)の方が保険金請求者となります。

フリガナ		ご連絡先	TEL: ()
氏名			メールアドレス:
住所	〒 -	下記2の被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人
			<input type="checkbox"/> 加入者(扶養者)
			<input type="checkbox"/> その他()

2 おケガ・ご病気をされた方(被保険者)

フリガナ		会員番号	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 船員保険
氏名	<input type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ	所属する健康保険組合または共済組合またはその他の「公的医療保険制度」	<input type="checkbox"/> 組合健保	
学校名			<input type="checkbox"/> 国民健保	
			<input type="checkbox"/> 共済組合	
生年月日	年 月 日	ご連絡先	TEL: ()	メールアドレス:

3 入院・通院の内容

傷病名				
事故状況 (おケガの場合)				
発症日・受傷日	<発症日・受傷日> (おケガ・ご病気の場合)		<初診日> (おケガの場合)	
	西暦	年 月 日 時頃	西暦	年 月 日
通院の場合 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(確定・見込み)西暦	年 月 日~	年 月 日(実日数)	日
	病院名:			
入院の場合 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(確定・見込み)西暦	年 月 日~	年 月 日(実日数)	日
	病院名:			

4 救援者費用 (対象となった事項に☑をいれてください。)

①救援者の交通費・宿泊費 ②搜索救助費用 ③輸送・移転費 ④その他(救援者の渡航手続き費等)

※①救援者の交通費・宿泊費は、被保険者がケガにより3日以上入院した場合が対象となります。

※②搜索救助費用については、遭難にあった場合のみ対象となります。

5 保険金請求書の送付先(内容照会先) (いずれかに☑をし、住所・電話番号を記入してください)

<input type="checkbox"/> 保険金請求者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他(氏名:	被保険者との続柄:)	
住所	〒 -	電話番号
		()

6 本件に関する日中のご連絡先

※Will-Life事務局または保険会社よりご連絡させて頂く場合がありますので、必ず日中にご連絡が取れるご連絡先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 保険金請求者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他(氏名:	被保険者との続柄:)		
電話番号	()	メールアドレス	@

※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