

⑧傷害補償 事故報告書

ご記入日:西暦 年 月 日 証券番号:

■加入者欄

会員番号

性別

男 ・ 女

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	歳
氏名		日中の連絡先	TEL:	()		
住所	〒						
			メール:				

■報告者欄(加入者(=被保険者)と異なる場合のみ記入してください。)

加入者との続柄

フリガナ		日中の連絡先	TEL:	()
氏名			メール:		

■事故内容

事故日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故の場所		都・道 府・県			市・郡 区		
事故状況							

■治療状況

傷病名							
初診日	西暦	年	月	日			
入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①	(確定・見込み)西暦	年	月	日	~	年 月 日(実日数 日)
		病院名:					
手術 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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"/> 加入者本人	<input type="checkbox"/> 加入者本人以外の被保険者	<input type="checkbox"/> 報告者	<input type="checkbox"/> その他(氏名:	加入者との続柄:)
住所	〒 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