

Willnext ウィルネクスト 「傷害補償」 事故報告書記入例

ご自身がケガをした場合(業務中、プライベート問わず)

ご記入日: 西暦 2020 年 7 月 1 日 証券番号:

■加入者欄		会員番号	〇〇〇〇〇〇	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
フリガナ	カンゴ ハナコ		生年月日	西暦	1990 年 7 月 8 日 30 歳
氏名	看護 花子		日中の連絡先	TEL:	090 (0000) 0000
				メール:	〇〇〇〇@xxx.co.jp
住所	〒104-0011 東京都中央区新川 2-22-2				

■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:

事故が起こった状況を詳しくご記入ください。

■事故内容	
事故日	西暦 2019 年 6 月 5 日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 10 時 20 分頃
事故の場所	東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 中央 <input checked="" type="radio"/> 市・郡 新川
事故状況	病院内を移動中に、階段で足を踏み外し、転倒した際に右足首を捻ってしまった。

■治療状況	
傷病名	右足首捻挫
初診日	西暦 2019 年 6 月 5 日
入院 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	① (確定・見込み) 西暦 年 月 日 入院日数 (日)
	② 病院名:
通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	① (確定・ <input checked="" type="radio"/> 見込み) 西暦 2019 年 6 月 5 日 ~ 年 6 月 30 日(実日数 日)
	② 病院名: 宇井留整形外科クリニック
手術 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	① 西暦 年 月 日 手術名:
	② 病院名:
補足事項	

現在通院中の場合には、「見込み」に○をして初診日のみご記入ください。

■保険金請求書の送付先(内容照会先)			
<input checked="" 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。