

⑩医療補償 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:	()
			メール:	
住所	〒			

■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	
氏名		TEL:	()
		メール:	

■治療状況

傷病名				
初診日	西暦	年 月 日	既往歴	(あり ・ なし)
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:		
退院後通院 <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:		
	②	(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:
		病院名:		
補足事項				

■保険金請求書の送付先(内容照会先)(上記「加入者欄」の住所以外にご送付する場合は、下記にご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 加入者本人	<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、この情報は一般社団法人日本看護学校協議会共済会と共有いたします。

