

Willnext ウィルネクスト 「医療補償」 事故報告書記入例

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 28 歳
氏名	看護 花子		日中の連絡先	TEL:	090 (0000) 0000
				メール:	〇〇〇〇@×××.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:

■治療状況

事故発生日が初回ご加入時から 1 年以内の方は、必ずどちらかに○をしてください。

傷病名	急性虫垂炎		
初診日	西暦	2020 年 6 月 2 日	既往歴 (<input checked="" type="radio"/> あり ・ なし)
入院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①	(<input checked="" type="radio"/> 確定・見込み) 西暦 2020 年 6 月 3 日 ~ 年 6 月 8 日 (実日数 6 日)	
	②	(確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数 日)	
退院後通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①	(<input checked="" type="radio"/> 確定・見込み) 西暦 2020 年 6 月 10 日 ~ 年 9 月 30 日 (実日数 日)	
	②	(確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数 日)	
手術 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①	西暦 2020 年 6 月 5 日 手術名: 単孔式腹腔鏡手術	
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 checked="" 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。