

①がん補償 事故報告書

ご記入日:西暦 年 月 日 証券番号:

■加入者欄

フリガナ		会員番号	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日	西暦	年	月 日 歳
	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。)

フリガナ		加入者との続柄
氏名	日中の連絡先	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)
診断確定日	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:				
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:
	病院名:				
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"/> 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。