

⑫団体長期障害所得補償 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	TEL: ()
氏名			メール:

■治療状況

受傷または発病の日時	西暦	年	月	日	時頃	既往歴	(あり ・ なし)
初診日	西暦	年	月	日	休業開始日 (有給含む)	西暦	年 月 日
傷病名 受傷または発病の状況							
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	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	(確定・見込み)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"/> 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。