

ケガや病気による就業障害が発生した場合(お支払い期間：最長3年)

Willnext		東京海上日動火災保険(株) 取扱代理店 (株)メディックプランニングオフィス 宛 FAX:0120-035466	
⑫団体長期障害所得補償 事故報告書			
ご記入日:西暦 2020 年 4 月 8 日		証券番号:	
■加入者欄		会員番号 〇〇〇〇〇〇	性別 男・女
フリガナ	カンゴ ハナコ	生年月日	西暦 1995 年 7 月 8 日 25 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	〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2		
■報告者欄(加入者(一被保険者)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	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。		
氏名	日中の連絡先	TEL:	()
		メール:	
■治療状況			
受傷または発病の日時	西暦 2020 年 4 月 3 日	時頃	既往歴 (あり・なし)
初診日	西暦 2020 年 4 月 3 日	休業開始日(有給含む)	西暦 2020 年 4 月 3 日
傷病名 受傷または発病の状況	駅の階段で転落し、頸髄を損傷。		
入院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	① (確定・見込み)西暦 2020 年 4 月 3 日～ 年 6 月 10 日(実日数 日)		
	② 病院名:		
通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	① (確定・見込み)西暦 2020 年 6 月 11 日～ 2020 年 12 月 31 日(実日数 日)		
	② 病院名: 宇井留病院		
手術 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	① (確定・見込み)西暦 2020 年 4 月 20 日 手術名: 神経除圧術		
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。			

精神障害による就業障害が発生した場合(お支払い期間：最長2年)

Willnext

⑫団体長期障害所得補償 事故報告書

東京海上日動火災保険(株)
取扱代理店 (株)メディックプランニングオフィス 宛
FAX:0120-035466

ご記入日: 西暦 2020 年 5 月 25 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 1995 年 7 月 8 日 25 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	〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2				

■報告者欄(加入者(一被保険者)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	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。	日中の連絡先
氏名		TEL: () メール:

■治療状況	受傷または発病の日時	西暦 2020 年 4 月 3 日	時頃	既往歴	(あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし)
	初診日	西暦 2020 年 5 月 10 日	休業開始日(有給含む)	西暦 2020 年 5 月 10 日	
	傷病名 受傷または発病の状況	境界型統合失調症			
	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:			
	通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	① (確定・見込み)西暦 2020 年 5 月 10 日～ 年 月 日(実日数 日) 病院名: 宇井留精神病院			
		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	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。