

②感染症保険 事故報告書

メディカル少額短期保険株式会社 宛

FAX:0120-973-229

ご記入日：西暦 年 月 日 証券番号：

★すべての入院、通院、自宅待機後にご提出ください。

被 保 険 者 欄	フリガナ		日中の 連絡先	TEL: ()
	氏名			メール:
	住所	〒		
	所属施設		会員番号	

契 約 者	契約法人名			
	担当者		担当者連絡先	

※「契約者」欄は、施設加入の場合のみご記入ください。

罹 患 内 容	感染症名																																																																																																							
	発病日 ^{注1}		西暦		年		月		日																																																																																															
	入院 ☐ あり ☐ なし		合計		日		入院期間:		年		月		日		～		年		月																																																																																					
			(診断書や領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)																																																																																																					
	通院日と自宅待機日を右下のカレンダーに印(通院=○印 待機期間=△印)をつけ、合計の日数を記入してください。 通院をした日は「通院日」、通院せずに自宅待機した日を「自宅待機日」としてください。 ※上記カレンダーに書ききれない場合は、欄外にご記入ください。																																																																																																							
			<table> <tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td></tr> </table>																	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			<table> <tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td></tr> </table>																	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																																																																							
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																																																																																								
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																									
通院 ☐ あり ☐ なし		計 日 (領収書の日数と相違ないことをご確認ください。)																自宅待機 ☐ あり ☐ なし		計 日 (診断書に記載の待機期間日数以内であることを ご確認ください。)																																																																																				
通院・自宅待機 合計日数		通院 + 自宅待機 = 合計 日 日 日																																																																																																						

注1…発病日とは、医師が感染症と診断するために行った検査の日と医師により感染症の治療が開始された日のいずれか早い日とします。
但し被保険者が死亡した後に感染症と診断された場合には、死亡した日を発病日とみなします。

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

送付先	☐ 被保険者本人 ☐ 契約者 ☐ その他(氏名: 被保険者との続柄:)	
住所・連絡先	〒	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。

WEB