

③感染症検査費用特約 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:

加入者 (II被保険者)	フリガナ		日中の 連絡先	TEL: ()
	氏名			メール:
	住所	〒		
	所属施設		被保険者番号	

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。

■職業感染事故内容

事故日	西暦	年	月	日
事故状況				

★必ずご確認のうえ、下記にチェックを入れてください。★

本紙で報告する感染事故において、労災適用および勤務先の検査費用負担はありません。

■添付書類

本報告書と共に、以下の書類を添付してください（検査が複数回に及んだ場合は、各々の検査について添付が必要です）

- ・診療明細書（検査内容確認のため）
- ・領収証（自己負担金確認のため） ※一体型の書類であれば一枚で可

ご報告内容を確認後、保険金請求書をお送りいたします。

※本報告時はコピーでも結構ですが、保険金請求時には「原本」の添付が必要です。

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