

①職業賠償責任保険・トラブル解決費用特約 事故報告書
(受託物含む)

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:

被 保 者 欄	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。

被 害 者 欄	フリガナ		年齢	歳
	氏名または法人名		性別	男・女
	住所	〒		
	連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他()	-	-

事 故 内 容	事故発生日	西暦	年	月	日 (午前・午後)	時頃	
	事故発生日		都・道 府・県		市・郡 区		
	事故状況 (書ききれない 場合は別紙に ご記入ください。)	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容を詳しくご記入ください。 預かり物の場合は、預かった状況や時間等を詳しくご記入ください。 トラブル解決費用の場合は、トラブルの内容の詳細について詳しくご記入ください。					
		対物事故の場合は、必ず太枠内にもご記入ください		破損物の購入時期	西暦	年	月
		破損物名		メーカー名			
	破損物の購入時価格		修理		可	・ 不可	

※ 対物事故の場合、事故報告書の他に破損物の写真及び修理見積書を添付してください。
修理不能の場合は再購入見積書と修理不能証明書が必要です。(見積書に修理不能の記載があれば省略いただけます。)

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 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