

「診療放射線技師賠償責任保険」 事故報告書

ご記入日： 平成 年 月 日

契約者名：公益社団法人日本診療放射線技師会

証券番号：

■加入者 (=被保険者) 欄

氏名	フリガナ 様	会員番号		加入プラン	(A プラン ・ B プラン)
		日中の連絡先	TEL : () メール :	(携帯・自宅・勤務先)	

■報告者欄 (加入者と異なる場合のみ記入してください。)

氏名	フリガナ 様	加入者との続柄		
		日中の連絡先	TEL : () メール :	(携帯・自宅・勤務先)

■被害者欄

氏名 (または法人名)	フリガナ	年齢 性別	____ 歳 (男 ・ 女)
住所	〒		
電話	(自宅・携帯・勤務先・その他 ()) — — (内線)		

■事故内容

事故発見日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故の場所	(都・道・府・県) (市・郡・区) (町・村) 施設名：		
事故状況	※対物事故の場合は、下欄に記入		
	破損物名： メーカー名：		破損物の購入時期：
	破損物の購入時価格：		修理： 可 ・ 不可

※対物事故で修理可能な場合は、保険金請求時に修理見積書と破損物の写真が必要になります (修理不可の場合は、修理不能証明書が必要)。

■保険金請求書の送付先 (内容照会先)

☐ 加入者 (=被保険者) ☐ 報告者 ☐ その他 (氏名： 加入者との続柄：)	
住所・電話	〒 フリガナ TEL