

日臨技リンクス「傷害補償」事故報告書

ご記入日： 西暦 年 月 日

契約者名：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

■加入者欄		加入者証券番号	
氏名	フリガナ	会員番号	性別 (男・女)
		生年月日	西暦 年 月 日 歳
	様	日中の連絡先	TEL : () (携帯・自宅・勤務先) メール :

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

■被保険者 (この報告によって補償を受ける方) 欄

加入者本人 配偶者 同居の親族 別居の未婚の子 (加入者本人以外の場合は、下欄に記入)

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 歳
	様				

■事故状況

発生日時	西暦 年 月 日 午前・午後 時 分頃
発生場所	(都・道・府・県) (市・郡・区) (町・村)
状況	

■治療状況

傷病名	
初診日	西暦 年 月 日
入院	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) ① (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 病院名 : ② (確定・見込み) 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 病院名 :
通院	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) 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 :
手術	(あり・なし) → (ありの場合内容を記入してください) ① 西暦 年 月 日 手術名 :

■保険金請求書の送付先 (内容照会先)

加入者 加入者本人以外の被保険者 報告者 その他(氏名 : 加入者との続柄 :)

住所・電話	〒 フリガナ TEL :
-------	--------------

※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。