

事故発生報告書記入例

【ご記入にあたってのご注意】

- ◎保険金請求は、被保険者（おケガ、ご病気・事故にあわれた方）が必ずご自身でご記入ください。
- ◎おケガ・ご病気・事故にあわれた方が未成年の場合は、親権者をご記入ください。
- ◎わかる範囲でできる限り詳細をご記入ください。
- ◎記入例をよくお読みの上ご記入ください。
ご記入いただいた内容が事実と相違している場合には、保険金をお支払いできない場合がありますので事実をありのままにご記入ください。
- ◎「お客さま控え」は送付されないようお願いします。

発生日時について
 ・ 病気入院 = 記入不要です
 ・ ケガ = おケガをされた日

書類ご記入日をお書きください。

総合保障 事故(傷害・疾病・携行品等)発生報告書

■保険加入者・会社 の連絡先等についてご記入ください。		報告日	2019年3月1日
加入者 会社名 ※従業員のみ記入 所属部署名 ※従業員のみ記入 フリガナ 氏名	〇〇工場 〇〇部 〇〇課		外線: 052-25-△△××
	トヨ ツウ タロウ 豊通太郎	従業員(社員)番号 ※従業員のみ記入 55018	連絡先 自宅: 052-123-456 携帯: -
必要書類送付先		自宅に必要書類を送付いたしますので正確にご記入ください。 453-0000 日中の連絡先 052-123-456 対応者名 豊通花子 (口加入者と同じ) メールアドレス(任意でご記入ください) 愛知県・道 名古屋市中村区名駅〇〇〇丁目〇番地	
■事故・おケガ・ご病気の内容についてご記入ください。			
事故・おケガ・ご病気をされた方(被保険者)	フリガナ トヨ ツウ ハナコ 名 豊通花子	加入者との続柄 妻	性別 女性 生年月日 T・〇・H・R 44年10月2日
発生日時(傷病発生日・事故日)	2019年1月20日	午前 午後 10時00分頃	業務中 / 通勤中 / 業務外
発生場所(ご病気の場合記入不要)	愛知県・道 刈谷市 自宅敷地内 / 自宅敷地外		
発生状況およびその後の経過 <input checked="" type="checkbox"/> おケガ <input type="checkbox"/> ご病気 <input type="checkbox"/> 携行品の損害 <input type="checkbox"/> 賠償責任事故 <input type="checkbox"/> その他	おケガの場合、どのような状況・原因で発生したかできるだけ詳しくご記入ください。 ご病気の場合、初診時の症状およびその後の経過についてできるだけ詳しくご記入ください。 おケガ・ご病気以外の場合、事故内容ならびにご請求内容をできるだけ詳しくご記入ください。 左記のおケガ・ご病気で初めて病院に行かれた日 2019年1月20日 健康診断日 ご病気の指摘を健康診断で受けた場合記入 20 年 月 日		
おケガ・ご病気の名称(傷病名)	医療機関にご確認の上、すべての傷病名を正確にご記入ください。 手根骨骨折		
ご治療の医療機関等の名称	病院等の名称: △△総合病院 整形外科 TEL: 0566-12-3457		
入院	<input checked="" type="checkbox"/> あり 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 終了・見込		
通院	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2019年1月20日 ~ 2019年2月28日(回数 10回・〇・見込) 固定具装着 <input checked="" type="checkbox"/> なし 固定期間: 2019年1月20日 ~ 2019年2月10日(〇・見込) 固定具種類: ギブス		
手術	<input checked="" type="checkbox"/> あり 手術日: 20 年 月 日 手術名: 手術日: 20 年 月 日 手術名: (※医療機関にご確認の上、正式な手術名をご記入ください)		
休業 ※従業員のみ対象	<input checked="" type="checkbox"/> あり 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 終了・見込 (※会社別に全く従事できなかった期間(土日を含む)をご記入ください)		
先進医療	<input checked="" type="checkbox"/> あり 治療・手術名等: 病院等の名称: 科: 期間: 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
携行品	<input checked="" type="checkbox"/> あり 損害品 購入年月: 20 年 月 購入金額:		
他の保険契約の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 保険会社名: 証券番号: (※今回の請求と同じく他の保険会社へご請求される保険がある場合は、ご記入ください)		

※病気の場合記入不要
 該当のものに「〇」をいれてください。

治療中の場合、見込を記入下さい。

その他欄は、ご加入いただいている保障のうち、レンタル用品・救済者費用・キャンセル費用等のいずれかのご請求を予定している場合にご記入ください。

該当のものにチェックをいれてください。