

FAX 03-5295-3277

ユアサポートコールセンタ

事故受付担当行

<Myセーフティ> 事故報告書 【医療保障】

加入者名 (組合員名)	(フリガナ) ----- (漢字)	所 属 名	
個人コード		生年月日	年 月 日

以下のとおり報告します。

被保険者名 (疾病罹患者)	(フリガナ) ----- (漢字)	生年月日	年 月 日
	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 満 才
	加入者 (組合員) との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども (未婚・既婚) <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 (別居理由:)	
請求書送付先 (自宅住所)	(フリガナ) (漢字) 〒 - 都道 市区 府県 郡		
連絡先TEL	自宅 ()	日中連絡先	()
入院原因	<input type="checkbox"/> 疾病	病名	
病 状	発病日 (疾病のみ)	20 年 月 日	
	初診日	20 年 月 日 (病院名) TEL: ()	
	病状 (病院に行かれるまでの経緯を詳細にご記入ください。) ----- ----- -----		
入院期間 (1日入院を含む)	① 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定見込み)	病院名	
		TEL	()
	② 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定見込み)	病院名	
		TEL	()
手術の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「あり」の場合以下に内容をご記入ください。) ①手術日: 20 年 月 日 手術名: ②手術日: 20 年 月 日 手術名:		
他保険の 加入状況 (同様の損害を担保 する他の保険契約)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <small>※「あり」の場合右記に 内容をご記入ください。</small>	保険会社名 共済団体名	
		保険商品名	