

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 【傷害保障】

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 (ケガをされた方)	(フリガナ) ----- (漢字)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	年齢	満	才
		生年月日	年 月 日				
	加入者 (組合員) との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども (未婚・既婚) <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> その他親族 () <input checked="" 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	()
--------	--------	-------	-----

事故日	20 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	時頃
-----	----------	-------------------------------------	--------------------------	----

事故の場所	都道 市区 府県 郡 施設名等:
-------	------------------------

事故 状 況	誰が		何をして	
	何に (誰に)		どうしたら	
	どうなった			

・治療期間: [通院(初診日)] 月 日 [入院] なし あり (月 日 ~ 月 日)

・通院治療のみの場合はご記入ください⇒ 現在までの通院日数 () 日 治療中 ・ 完治

・手術を受けられた、または予定の場合はご記入ください⇒手術 なし あり 手術名 ()

医療機関	医療機関名	(初診にかかった医療機関)	<input type="checkbox"/> 病院、医院、診療所、クリニック <input type="checkbox"/> 整骨院、接骨院 (柔道整復師国家資格有) <input type="checkbox"/> その他-健康保険証の利用 <input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可 <small>(鍼灸、マッサージ、カイロプラクティックは不可)</small>
	電話番号	()	

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 checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	まもるくん	そ の 他	保険会社名	
	※「あり」の場合右記に 内容をご記入ください。			<input checked="" type="radio"/> あり	共済団体名
				保険商品名	