

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

送付支店

支店 送付者

A 傷害

『まもるくん』事故報告書

受付印

FAX 03-5295-3277

ユアサポート
事故受付担当 行

西暦20 年 月 日

加入者名	カナ	所属名	※退職者の方は『NTT-OB』とご記入ください。								
	漢字										
社員コード							生年月日	西暦	年	月	日

下記のとおり報告します。

被保険者名 (おケガをした人)	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日	
	(漢字)	性別	男	・	女	年齢	歳
	加入者との関係	本人・配偶者・子供(未婚・既婚)・親・その他()					
		同居・別居(理由:) 生計を共にしている・別生計					
請求書送付先 (自宅住所)	(フリガナ)						
	(漢字)						
	〒	—					
連絡先TEL	自宅	()	日中の連絡先	()			
事故日	西暦	20	年	月	日	午前・午後 時頃	
事故場所	自宅・その他(都・道・府・県 区・市 町)						
	施設名等:						
事故状況	何をしているとき	(具体的な動作)					
	どんなことが起きて	(ケガをする直接の原因となった事故・アクシデント)					
	受傷部位	頭 / 顔 / 頸 / 胸 / 背 / 肩 / 腰 / 腕 / 手指 / 脚 / その他 ()					
	ケガの症状	打撲 / 捻挫 / 脱臼 / 骨折 / 切傷 / 火傷 / その他 ()					
・治療期間: [通院(初診日)] 月 日 [入院] 無・有(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: あり・なし 手術名()							
同様の損害を担保する他の保険契約	有・無	「有」の場合は、ご記入ください	Myセーフティ	その他	保険会社名	保険会社の連絡先	保険金額
			有・無				円
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(柔道整復師の国家資格有) <input type="checkbox"/> その他 ※鍼灸・マッサージ・カイロプラクティックは対象外 TEL:			
				<input type="checkbox"/> 健康保険証の利用(可能/不可)			

注1: 交通傷害は対象外となります。詳しくはお問い合わせください。
(対象外事故例) 路上又は歩道で、自転車に搭乗中転倒しケガをした。運行中の自動車と接触してケガをした等。

注2: 保険金請求書は被保険者様宛ご送付申しあげます。(被保険者の方が未成年の場合も同様です。)
不都合がある場合にはご相談ください。請求書は、10日程度の日数を要しますのでご了承願います。

