

＜Myセーフティ＞ 事故報告書 【親介護保障】

●加入者（組合員）情報

加入者名 (組合員名)	(フリガナ) ----- (漢字)	所属名	
	連絡先		
個人コード		生年月日	年 月 日

●被保険者（保障の対象となる方）情報

被保険者名 (保障の対象となる方)	(フリガナ) ----- (漢字)	生年月日	年 月 日
	加入者との関係	<input type="radio"/> 組合員本人の戸籍上の親	<input type="radio"/> 組合員配偶者の戸籍上の親
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	満 才
被保険者住所	(フリガナ) ----- (漢字)	〒	- 都道府県 市区郡
連絡先TEL	自宅	()	日中連絡先 ()

●保険金請求者 情報

被保険者との関係	<input type="radio"/> ① 被保険者本人 <input type="radio"/> ② 被保険者の法定代理人（成年後見人等） <input type="radio"/> ③ 被保険者と同居または生計を共にする被保険者の配偶者 <input type="radio"/> ④ 上記③以外の同居または生計と共にする3親等以内の親族 <input type="radio"/> ⑤ 上記②・④以外の生協組合員またはその配偶者 <input type="radio"/> ⑥ 上記③以外の配偶者または上記④以外の3親等以内の親族		
請求者名	(フリガナ) ----- (漢字)	連絡先	()
請求者住所 (請求書送付先)	(フリガナ) ----- (漢字)	〒	- 都道府県 市区郡

●要介護状態について

初めて要介護2以上と認定された日	20 年 月 日	要介護状態となった原因	<input checked="" type="radio"/> 病気 <input type="radio"/> ケガ <input type="radio"/> その他
傷病名			
受傷日・発病日	20 年 月 日		
治療状況(症状)			
医療機関	医療機関名	(初診にかかった医療機関)	初診日
	電話番号	()	
	住所		
他保険の加入状況 (同様の保障を担保する他の保険契約)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	保険会社名 共済団体名	
	※「あり」の場合右記に内容をご記入ください。	保険商品名	