

〈Myセーフティ〉 事故報告書 【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TEL	自宅 ()	日中連絡先	()
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	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	満 才
	加入者との関係	<input type="radio"/> 組合員本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども <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					
	被保険者住所	(フリガナ) (漢字) 〒 - 都道府県 市区郡					
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	()
書類送付先住所	(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 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	20 年 月 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 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			