

FAX 03-5295-3277

ユアサポートコールセンタ

事故受付担当行

20 年 月 日

「まもるくん」 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	* 退職者の方は『O B』とご記入ください
個人コード (氏名コード)	-----	生年月日	年 月 日

被保険者名 (ケガをされた方)	(フリガナ) ----- (漢字) -----	性別	☒ 男 ☐ 女	年齢	満 才	
	加入者 (組合員) との関係	本人	配偶者	子ども (未婚・既婚)	親	その他親族 ()
	同居	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	☒ 午前 ☐ 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 (熱中症の場合は、症状)	

・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 (複数の医療機関に かかった場合、1ヶ所 のみご記入下さい)	医療機関名	(初診にかかった医療機関)	☐ 病院、医院、診療所、クリニック
	電話番号	()	☐ 整骨院、接骨院 (柔道整復師国家資格有)
			☐ その他-健康保険証の利用 ☒ 可 ☐ 不可 (鍼灸、マッサージ、カイロプラクティックは不可)

他保険の 加入状況 (同様の損害を担保 する他の保険契約)	☒ なし ☐ あり	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。		共済団体名	
			保険商品名	