

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 全員加入保険
会主催の行事中の傷害事故報告書

ご記入日：西暦 年 月 日

契約者：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

証券番号： _____

※下記事項をご記入のうえ、ご郵送ください。

郵送先：〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-6 SJIビル2F 株式会社メディックプランニングオフィス

■ケガをされた方

フリガナ		日臨技 会員番号	
氏名			
住所	〒 _____		
本紙についてのお問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	—	(内線 _____)

■保険金請求書の送付先（内容照会先）

<input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 加入者本人以外の被保険者 <input type="checkbox"/> 報告者 <input type="checkbox"/> その他（氏名： _____ 加入者との続柄： _____）	
住所・電話	〒 _____ フリガナ _____ TEL： _____

■この用紙をご記入された方（ケガをされた方と同一の場合は、記入不要）

フリガナ		被保険者 との続柄	
氏名			
住所	〒 _____		
本紙についてのお問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	—	(内線 _____)

■事故内容

行事・研修会・学会名			
事故発生日	西暦	年 月 日	(午前・午後) 時 分頃
ケガをされた場所			
事故状況			
ケガをされた体の部位			

上記事故は、管理下中に発生したものであることを証します。

日時	西暦 年 月 日	印
管理責任者		

※ 本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。