

全員加入保険事務代行会社・東京海上日動火災保険（株）代理店

（株）メディクプランニングオフィス 行き

**一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 全員加入保険
業務中の賠償事故報告書**

ご記入日：西暦 年 月 日

証券番号： _____

契約者：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

※下記事項をご記入のうえ、FAX またはご郵送ください。

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

■被保険者（会員）

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・勤務先）	—	—（内線）
	勤務先名：		

■被害者

フリガナ	
氏名	
住所	〒
電話	（自宅・携帯・勤務先） — —（内線）

■事故内容

事故発生日	西暦	年	月	日	（午前・午後）	時	分頃
事故の場所	都・道 府・県	区・市 郡	町 村				
事故状況							
	購入時期	購入時価格	メーカー名	修理			
	年 月	円		可・不可			

■保険金請求書の送付先（ご記入がない場合は、被保険者欄記載のご住所にお送りします）

住所・電話	〒	—	TEL :
	フリガナ		
氏名		被保険者との関係	

※ 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。