

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

報告日：平成 年 月 日

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	平成 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
	年 月	円
	メーカー名	修理 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	〒 — フリガナ	TEL
氏名		被保険者との関係

〈個人情報の利用についてのご連絡〉

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査、弁護士への相談委嘱・顧問医療機関への相談などや、関係する損害保険について損害保険会社間やミレアグループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきますので、ご了承ください。