

臨床検査技師賠償責任共済制度 申請用紙

※必要事項にご記入の上、(株)メディックプランニングオフィスまでご郵送またはメールにてお送りください。

郵送先: 〒104-0033 東京都中央区新川2-22-6 SJIビル2F (株)メディックプランニングオフィス E-mail: rinsho@medic-office.co.jp

ご記入日: 西暦 年 月 日

被 保 険 者 欄	フリガナ			会員番号	
	氏名				
	自宅住所	〒			
	本件についてのご連絡先	自宅・携帯・勤務先	-	-	(内線:)

被 害 者 欄	フリガナ		年齢	歳
	氏名または法人名		性別	男・女
	住所	〒		
	連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他()	-	-

事 故 内 容	事故発生日	西暦	年	月	日 (午前・午後)	時	分頃
	事故発生日	都・道 府・県		市・郡 区			
	施設名:						
	事故状況	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容を詳しくご記入ください。					
	書ききれない場合は別紙にご記入ください。	※対物事故の場合は、下欄に記入してください。↓↓					
			修理	可・不可			
	破損物名			破損物の購入時期			
	メーカー名			破損物の購入時価格			

※破損物が修理可能な場合は、保険金請求時に修理見積書と破損物の写真が必要になります。(修理不可の場合は修理不能証明書が必要)

■保険金請求書の送付先(内容照会先)

送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> その他(氏名: 被保険者との続柄:)	
住所・連絡先	〒	TEL: