

## 会務参加中の普通傷害共済制度 申請用紙

※必要事項にご記入の上、所属長または会主催の行事責任者の署名の上、下記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	-	-

※被保険者と報告者が同一の場合は記入不要です。

報 告 者 欄	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名			
	本件についてのご連絡先	自宅・携帯・勤務先	-	-

事 故 ・ 治 療 内 容	行事・研修会・学会名								
	傷病名								
	事故状況								
	通院の場合 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(確定・見込み)	年	月	日～	年	月	日(実日数)	日
	病院名:								
	入院の場合 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(確定・見込み)	年	月	日～	年	月	日(実日数)	日
手術の場合 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手術ありの場合は、以下をご記入ください。								
西暦:	年	月	日	術式名:					

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

■上記事故は、会主催の行事中に発生したものであることを証します。

記入日	西暦	年	月	日	印
管理責任者名					

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。