

記入例

STD・LTD用

(兵庫ライフサービス 078-291-8900) 経由

明治安田損害保険株式会社 所得補償保険サービスグループ 行

ご担当者 兵庫 みなと 様

TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

FAX 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

受付日 6.令和 年 月 日

事故連絡票【長期療養】

※該当する項目に☑をお願いします。 ※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用して記入してください。

団体名 兵庫県市町村職員共済組合 団体番号 91-90065-8-000064 商品名 長期療養収入補償コース

被保険者 現住所 〒650-0004 兵庫県 神戸市中央区中山手通4-17-13 ひょうご共済会館内〇〇〇号室 フリガナ ヒョウコ ツバサ 日中連絡先 TEL 090-1111-2222 氏名 兵庫 翼 自宅TEL 078-000-0000 所属 〇〇市 職種 事務職 勤務先TEL 079-222-3333 性別 1.男 5.女 生年月日 〇2年〇1月〇3日

被保険者番号 0000-20000001234-100 保険期間 平成〇年7月1日から1年間

請求者 被保険者との続柄 1.本人 2.親権者 3.法定相続人 9.その他 1.以外の場合、氏名:

事故日 5.平成 6.令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃

休業開始日 この傷病で最初に勤務や家事に就けなくなった日 5.平成 6.令和 年 月 日

事故場所 都道府県 請求項目 所得補償

事故の原因状況 ご病気による場合は、発病の経緯をご記入ください。 〇〇年〇〇月頃から悩みが多く、気分が落ち込むことが多くなった。眠れず、不調が続いたため、〇〇病院を受診、入院となった。退院後も自宅療養中である。 復帰(見込み)日(平成・令和 年 月 日)

傷病の内容 傷病名 うつ病 症状 不眠、食欲不振、不安、意欲減退 初診日 平成令和 年 月 日 既往症 無 有 入院 平成令和 年 月 日 通院 平成令和 年 月 日 手術 無 有 治癒見込 令和 年 月頃

医療機関 名称 〇〇医院 他院 有 無 電話番号 078-〇〇〇-〇〇〇 所在地 神戸市〇〇区〇〇町1-2-3 受診科 心療内科 担当医師 〇〇先生

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合 会社名 保険の種類 証券番号

【個人情報利用目的】 保険金請求にあたり、ご報告いただくお客様の個人情報につきましては、契約者が保険契約を締結する損害保険会社に提供し、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会、事実関係の調査確認や関係する損害保険について保険会社間や明治安田グループ内での確認を含みます)、保険金のお支払い及び各種商品・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。 本個人情報の取り扱いについて、特段お申し出がない場合は、ご了承いただけたものとして、以降の保険金請求手続きを進めさせていただきます。

Table with 4 columns: 会社使用欄, 受付欄, 保険会社 (明治安田生命), 代理店