

「感染症検査費用特約」事故報告書

ご記入日：西暦 年 月 日
証券番号： _____

■被保険者欄（＝補償を受ける方）

氏名	フリガナ	日中の連絡先	TEL： () (携帯・自宅・勤務先)
	様		メール：
住所	〒		
所属施設名			

■感染事故内容

事故日	西暦 年 月 日 (午前・午後) 時頃
事故発生場所	
事故状況	
検査日	①西暦 年 月 日 (午前・午後) 時頃 ②西暦 年 月 日 (午前・午後) 時頃 ③西暦 年 月 日 (午前・午後) 時頃
検査内容	

※保険金請求時には、検査費用の領収書の原本が必要になります。

★必ずご確認のうえ、下記にチェックを入れてください。★

本紙で報告する感染事故において、労災適用および勤務先の検査費用負担はありません。

■保険金請求書の送付先（内容照会先）

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他(氏名： _____)	被保険者との続柄： _____)
住所・電話	〒 _____ TEL： _____ フリガナ _____

※本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認以外の目的では使用いたしません。