

# 医療総合保障共済 事故受付シートの記載方法

代理所または組合のご担当者をご記入下さい。  
追加情報・請求取下げ等あった場合は再送をお願いいたします。

受付番号

→ 火災共済で記載します。

★報告を受けた日付をご記入・押印ください。

代理所受付日	組合受付日	日火連受付日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ 報告受付日を記入または押印して下さい。

## 医療総合保障共済事故受付シート

※受傷日・発病日が初年度契約開始日より前の場合は共済金のお支払い対象となりませんのでご注意ください。

報告者		被共済者との続柄		連絡先		
様				TEL		
組合(番号)	組合員番号	共済契約証書番号	被共済者番号	保障タイプ		
共済契約者名		初年度契約開始日	年 月 1日午後 4時から			
被共済者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他( )		性別		
		男・女		生年月日		
入院原因		<input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> がん		傷病名		
病状事故状況		受傷日 (傷害のみ)	年 月 日	発病日 (疾病のみ)	年 月 日	
		初診日	年 月 日	死亡日	年 月 日	
		初診病院名	連絡先 TEL:			
		初診に至るまでの経緯(具体的にご記入下さい)				
入院期間		<input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> 入院予定				
		第1回入院	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名	連絡先 TEL:	
		(入院日数 日)				
		第2回入院	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名	連絡先 TEL:	
がん通院期間		<input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> 通院予定				
		第1回通院	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名	連絡先 TEL:	
		(通院実日数 日)				
		第2回通院	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名	連絡先 TEL:	
手術		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容をご記入ください)				
		1回目	年 月 日	手術名		
		2回目	年 月 日	手術名		
先進医療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容をご記入ください)				
		技術名	病院名			
		治療の手術日	~	技術料	円	
<input type="checkbox"/> 被共済者への連絡不可(被共済者へ請求事実を知らせたくない場合) <input type="checkbox"/> 既往症(病名: 時期: 年頃) <input type="checkbox"/> その他						
特記事項						
<input type="checkbox"/> 追加情報( 年 月 日 追記)						
<input type="checkbox"/> 請求事由なし(理由: ( 年 月 日 組合・代理所 から契約者へ連絡) ) <input type="checkbox"/> 請求取下げ(理由: ( 年 月 日 契約者から 組合・代理所 へ連絡あり) )					受付者	

→ 契約情報の確認のため、必ずご記入下さい。

→ 初年度契約開始日をご記入下さい。

→ 傷害・疾病の判定のため、なるべく詳細にご記入下さい。

→ 入院・手術・先進医療の情報があればご記入下さい。

→ 特記事項がある場合ご記入下さい。

→ 契約者・被共済者と請求取下げ等の連絡をとった場合はご記入下さい。

注) 事故内容の詳細が判明した場合や、取下げ連絡等があった場合、追記の上再送をお願いします。

(2019.3改定)