

# ケガ発生報告

および

## 保険金請求書類の発送依頼 連絡票

あんしん財団

FAX：03-5362-2063

保険支払サービス部

(24時間365日受付)

(注) 記載内容はお客さまの大切な情報ですのでFAX番号をお間違えないようご注意ください。

- ※ この連絡フォームは、おケガの発生報告を行うものです。このご連絡だけではご請求は完了しません。後日お届けするご請求書類一式をお取り揃えのうえお手続きください。
- ※ お支払対象外のために書類をお送りすることができない場合、より詳細な内容確認が必要な場合、特にご注意・ご留意いただきたい事項がある場合などには、あんしん財団の下記フリーダイヤルよりお電話させていただくことがございます。
- ※ 通常 FAX 受信日より3営業日以内に発送いたしますが、営業時間外に受信した場合はこの限りではありません。書類の発送までお時間をいただく場合には、あんしん財団より連絡させていただきます。
- ※ 補償内容につきましては約款やホームページにてご確認ください。ご不明な点、ご質問、または詳しい説明をご希望の場合には、お手数ですがお電話にてお問い合わせください。

お問合せ先：☎0120-611-616

営業時間：平日9:00~17:30  
(土日祝日、年末年始を除く)

# ケガ発生報告および保険金請求書類の発送依頼 連絡票

会 員	会員番号		代表者氏名		
	事業所名				
	事業所住所 (郵送先)	〒 - <span style="float: right; font-size: small;">*ビル・マンション名も省略せずにご記入ください。 *原則として保険金請求書類は登録の「会員事業所」へ「代表者」宛てに郵送します。(それ以外への郵送をご希望の場合には備考欄に宛名と住所をご記入ください。ただし、保険金お支払いの通知書は「会員事業所」への郵送となります。)</span>			
担 当 者	ふりがな			担 当 者 か ら 見 た 代 表 者 と の 関 係	代 表 者 本 人 家 族 会 員 事 業 所 の 従 業 員 法 定 代 理 人
	氏名				
	日中ご連絡先 電話番号				

負 傷 者	ふりがな			生 年 月 日	大 正 昭 和  平 成  年 月 日
	氏名				
	被保険者 (加入者)資格	会員事業所の代表者、役員、従業員いずれかに該当 その他		要介護認定 の取得状況	要介護認定なし 要介護認定あり

\*あんしん財団の被保険者(加入者)になれる方は、会員事業所において経営または就業の実態がある方です。また、介護保険法に基づく要介護認定を受けた場合、被保険者資格(加入者)が喪失します。資格喪失後のケガは補償の対象外となりますのでご注意ください。

ケ ガ の 内 容	日時	平成 年 月 日 午前 時 分 午後 時 分 ごろ			
	状況 <small>具体的に詳しくご記入ください</small>	例:「ビル建設現場の足場で作業中、足を踏み外して高さ約3mから転落」、「自宅で魚を調理中、包丁がすべって左手を切った」など。			
		上記会員事業所での	業務中	業務外	
		⇒業務中の場合、労災保険を	使用	不使用	
	負傷部位	*複数ある場合はすべてご記入ください。 例:「右膝」、「首」、「左中指」など。			
傷病名 (診断名)	*複数ある場合はすべてご記入ください。 例:「右膝骨折」、「頸部捻挫」、「左中指切創」など。				

医 療 機 関 1	医療機関名					
	現在の状況	治療終了	転医	治療中	⇒治療中の場合、終了見込み	年 月 頃
	これまでの治療日数	通院	年 月 日	～	年 月 日	合計 日
		入院	年 月 日	～	年 月 日	合計 日
	往診	年 月 日	～	年 月 日	合計 日	

医 療 機 関 2	医療機関名					
	現在の状況	治療終了	転医	治療中	⇒治療中の場合、終了見込み	年 月 頃
	これまでの治療日数	通院	年 月 日	～	年 月 日	合計 日
		入院	年 月 日	～	年 月 日	合計 日
	往診	年 月 日	～	年 月 日	合計 日	

\*3ヵ所以上の医療機関を受診された場合は、備考欄にご記入ください。

⇒後遺障害残存見込みの場合、後遺障害の内容	例:「左中指を第一関節(指先に一番近い関節)から切断した」、「頸髄損傷により、下半身の麻痺が残った」など。
-----------------------	---

備 考	
--------	--