SI-S

STD・LTD用　310100

（　　）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
（FAX　03−3257−3288）

ご担当者　　様
TEL　　−　　−
FAX　　−　　−
受付日　6.令和　　年　　月　　日

事故連絡票

※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		団体番号	− − −	商品名	

被保険者	現住所	〒 −	都道府県		
	フリガナ	※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。		日中連絡先TEL	− −
	氏名	様		自宅TEL	− −
	所属		職種		勤務先TEL　− −
	性別	☐1.男　☐5.女	生年月日	☐3.昭和　☐5.平成　☐2.大正　☐6.令和　　年　　月　　日	
被保険者番号		− −		保険期間	平成・令和　　年　　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。 復帰（見込み）日（平成・令和　　年　　月　　日）				

傷病の内容	傷病名				
	症状				
	初診日	平成・令和　　年　　月　　日	既往症	☐無　☐有 →傷病名（　　）	平成・令和　　年　　月頃
	入院	平成・令和　　年　　月　　日 ～	平成・令和　　年　　月　　日		
	通院	平成・令和　　年　　月　　日 ～	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	他院　☐有　☐無	電話番号	— —	
	所在地				
	受診科		担当医師		
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

【個人情報の利用目的】

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。

【会社使用欄】

受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店

K3101-19.04