

經由

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 様

事故連絡票

(FAX 03-3257-3288)

TEL - - FAX - -

受付日 6.令和 年 月 日

※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 山形県市町村職員共済組合 団体番号 91-90615-6-000001 商品名

被保険者 現住所 〒100-0048 東京都千代田区神田司町2-11-1 氏名 明安 太郎 性別 1.男 5.女 生年月日 31年1月1日

被保険者番号 保険期間 平成 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

事故日 5.平成 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 31年 1月 1日 ~

事故場所 都道府県 請求項目 所得補償

事故の原状 親を交通事故で亡くし、ショックのあまりうつ病になった。 復帰(見込み)日 (平成・令和 2年 1月 1日)

傷病の内容 傷病名 うつ病 症状 吐き気、めまい 初診日 平成 31年 1月 1日 既往症 有 一傷病名(躁うつ病) 平成 30年 1月頃

医療機関 名称 ○○総合病院 他院 有 無 診療科目 心療内科 担当医師

他契約 1.有 5.無・不明 有の場合会社名 ○○保険会社 保険の種類 所得補償 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...

【会社使用欄】

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

K3101-19.04