

日野トレーディング(株)保険旅行部 宛 FAX : 042-692-3060

本通知書をFAXいただきますと、1週間から10日前後で折り返し保険金書類をご送付いたします。

(この用紙で保険金のお支払いは出来ません。) お客様のご契約内容やお伺いしましたご請求に関する情報につきましては、保険金支払に必要な範囲内で利用するとともに、病院等の関係先に必要事項をお伝えすることがありますので、ご了承ください。

ハッピーライフ請求通知書

年 月 日

保障金請求の対象となる事故が発生しましたので通知します。

会社名	()				
加入者所属	工場	部	会社TEL	—	—
	課	班	自宅TEL	—	—
			日中連絡先	—	—
職番	加入者氏名		性別	年齢	
			男 女	才	
ご自宅住所	〒 —				
1 今回ご請求する保障種目		医療保障	自宅療養保障	ケガ通院保障	ケガ後遺症保障
		介護保障	両親介護		
保険請求対象となる方のお名前 (フリガナ)		性別	年齢	<医療機関>	
本人 ・ 家族		男 女	才	病院名	
				電話番号	
おケガの場合	事故日	平成 年 月 日 時 分	事故場所	業務中 業務外	
	事故状況	①何をしていた ②体のどこが ③どのような原因・理由で ④どうなったか?			
	入院	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	入院期間	月 日 ~ 月 日 (日間)
	通院	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	通院期間	月 日 ~ 月 日 (日間)
	手術	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	手術名 ()	手術日 (月 日)
	自宅療養	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	休業期間	月 日 ~ 月 日 (復帰日 or 休業継続中)
介護or 両親介護	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	要介護3以上の認定日	年 月 日	
ご病気の場合	病名	当該疾病で初めて病院に行った日		現在の状況	
		平成 年 月 日		治療中	治療済
	具体的な症状・発病後の経過等				
	当該疾病の治療歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	受診期間	年 月 ~ 年 月 まで
	入院	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	入院期間	月 日 ~ 月 日 (日間)
	手術	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	手術名 ()	手術日 (月 日)
	◆良性腫瘍の場合や 筋・腱・靭帯に達する 筋・腱・靭帯に達しない				
自宅療養	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	休業期間	月 日 ~ 月 日 (復帰日 or 休業継続中)	
介護or 両親介護	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	⇒有りの場合	要介護3以上の認定日	年 月 日	
2 今回ご請求予定の保障種目		賠償責任	携行品	レンタル賠償	ホールインワン
事故をおこされた方のお名前 (フリガナ)		性別	年齢	事故日	事故場所
本人 ・ 家族		男 女	才	年 月 日 午前・午後 時頃	
事故状況	①誰が ②何をしていた ③何が(誰が) ④どの程度被害を受けた? ④損害額の見込金額		被 害 者		(お名前) (連絡先)
			携 行 品		修理について
			見積書の有・無 ⇒ (有の場合: 円)		可 ・ 不可
<日野トレーディング使用欄>					
①受付者名:		②支店:		③SCへFAX: 済 ・ 未済	