

傷害・医療事故受付シート

FAX番号：03-6800-2509

貴社名 _____
 ご担当者 _____
 ご連絡先 _____



ライフコンシェルジュ 株式会社

〒160-0022

東京都新宿区新宿 6-7-1 エルプリメント新宿 302

TEL:03-5361-7655 FAX:03-5361-7656

Mail:info@lifecc.co.jp

ライフコンシェルジュ

いつもお世話になっております。さっそくですが、お怪我・病気の件につきまして取り急ぎ下記の事項をご記入の上、FAXにてこのままご返送頂きます様お願い申し上げます。円滑な保険金の支払いの為に、お早めにご返送下さいます様、ご協力願います。

事故・発病 日時	年 月 日 午前・午後 時 ころ
事故場所（住所）	
事故の状況 又は病名・病状	
事故にあわれた方	住所 〒 カナ 氏名 日中連絡先電話番号 生年月日 年齢 歳
事故にあった方 ○	・役員 ・従業員 ・下請け業者
入院の有無	なし ・ あり ⇒ ありの場合見込み 日間くらい
手術の有無	なし ・ あり ⇒ 手術内容_____
病院の初診日	年 月 日
治療費負担	健保または国保 ・ 労災 ・ その他（ ）
医療機関名	住所 〒 病院名 / 科
休業状況	休業状況 見込み期間 約_____日くらい
ケガの場所 ケガの内容	頭・顔・首・背中・腰・腕（左、右）・手（左、右）・その他（ ） 打撲・切断・捻挫・骨折・その他（ ）
既往症・持病	なし ・ あり ⇒ ありの場合病名 _____

【ご注意事項】

- ① 針灸灸院は医師免許のない治療施設のため、保険金が支払われない可能性がありますので、事前に必ずご連絡頂きます様お願い申し上げます。
- ② 保険金請求に際しましては、保険会社指定の診断書が必要となります。
こちらの受付シートをいただきましてから郵送させていただきます。
- ③ 既往症・持病の場合は保険金が支払われない可能性があります。