**住友電工ｸﾞﾙｰﾌﾟ団体疾病・傷害保険　事故連絡票**

**送付先：住友電設保険部**

**E-mail：**[hoken.osaka@sem.co.jp](http://mailosk1.sem.co.jp/cgi-bin/atdot/options.pl?SESSIONID=511ryFgGWIWpk&TO=hoken.osaka@sem.co.jp&BUTTON=%A5%E1%A1%BC%A5%EB%A4%F2%C1%F7%BF%AE)　　**大　阪FAX：06-6537-3849　　東　京FAX：03-3454-7522**

**名古屋FAX：052-459-1620 鹿 沼FAX：0289-72-0310**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **加入者氏名** |  | **社　員　番　号** |
| （　　　　 　　　　　　　） |
| **保険会社から**  **連絡可能な電話番号** | －　　　　　　－　　　　　　　　　（内線　　　　　　） | |
| **勤務先名・部署名** |  | |
| **自宅住所（※自宅住所は必ず記入下さい）** | 〒　　　　－ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **おケガ・ご病気された方の**  **氏　　名　（被保険者）** | | | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | | | | | **生　年　月　日** | | | | | | | | 性　別 | |
| T.S.H.R　 年　 月 日 | | | | | | | | 男　 女 | |
| 加入者との続柄 | | | |  | 加入者と　□　同居 　　□　別居 | | | | | | | | | |
| **お**  **ケ**  **ガ** | **事　　故　　日** | | | | 年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | |
| **事　故　場　所** | | | |  | | | | 就業中ですか | | | | | 就業中　・　その他 | | | |
| **事 故 内 容**  **（例：走っていて転倒し左足首を捻挫した等、具体的にご記入下さい）** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **医療機関名・電話番号** | | | | ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ （ 　） | | | | | | | | | | | | |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ （ 　） | | | | | | | | | | | | |
| **入院** | | | | □あり　 　　月　 　　日～　　 　月　　 　日　　　　 　□なし | | | | | | | | | | | | |
| **手術** | | | | □あり　手術名（　　　 　　　　 　） □なし | | | | | | | | | | | | |
| **固定具** | | | | □あり　固定具名（　　　 　　　 　）　 □なし | | | | | | | | | | | | |
| **通　　　　院** | | | | □あり　 　　月　　 　日～　　 　月　　 　日　　　　 　□なし  □治療中　　□治療済　　治癒見込期間　　 年　 　月　 日頃 | | | | | | | | | | | | |
| **病**  **気** | **病　　　　名** | | | | （　　　　　　　　　　　　　　）被保険者は病名を　□知っている　□知らない | | | | | | | | | | | | |
| **医療機関名・電話番号** | | | | ℡ （ 　　） | | | | | | | | | | | | |
| **入　院　期　間** | | | | 年　 　月　 　日～　 　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | |
| **手　　　　術** | | | | □あり　⇒　手術名（　 　　　　　　）  □なし　　　手術日　　　　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | |
| **退院後の通院（または予定）** | | | | □あり　　　　　　　□なし | | | | | | | | | | | | |
| **当該疾病で初めて病院へ行かれた日** | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | □治療中　 　□治療済 | | | | | |
| **当該疾病の治療歴** | | | | □あり　⇒　医療機関（　　　　　　 　　　 　　　　　　　）  □なし　　　受診期間　　　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| **そ　　の　　他** | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **代　　理　　店　　使　　用　　欄** | | | | | | | | | | **送付用紙ＮＯ．** | | | | | | | |
| **証券番号** | | **明細番号** | | **セット** | | **保険期間** | | | | **請求書送付日** | | | | | **担当者名** | | **受　付** |
|  | |  | |  | | **自　　年12月16日**  **至　　年12月16日** | | | | **年　　月　　日** | | | | |  | |  |
| **Ｓ**  **連Ｃ**  **絡へ**  **欄の** | **①請求書類の送付元　　　□請求必要書類を代理店または営業に案内してほしい**  **□代理店　いずれかﾁｪｯｸ　□ＳＣが事前確認した｢保険金請求書類のご案内｣(団体契約用)**  **□営業　　　　　　　　　　を使用して案内**  **□代理店MS１登録の｢保険金請求書類のご案内｣書式番号**  **：[　　　　](必記入)を使用して案内**  **②請求書類のご提出　　　□お客様から代理店へ****お客様から営業・ＳＣへ** | | | | | | | | | | **連**  **絡**  **事項** | | SCよりお客様に保険金請求書類を案内してください。 | | | | |