

東京海上日動火災保険株式会社 宛

同意事項

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
 - 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
 - 他の保険契約等(*)がある場合
本保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、貴社の負担部分を超える額を求償するために、以下のとおり提供、利用することについて同意します。
・貴社が他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等へ提供すること、および提供を受け、利用すること
・他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、および提供を受け、利用すること
(*)保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。
- 【個人情報の利用目的】**
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。
(※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

1

保険金請求者 ▶被保険者である事業者(法人、個人事業主等)が保険金請求者となります。

事業者

記入日	年	月	日
住所	〒 -		
フリガナ	必ずご捺印ください。		
請求者氏名 (被保険者)	印	ご連絡先	TEL - - 日中 連絡先 - -

2

ご契約内容 ▶「他の保険契約等」は、有無にチェックをしてください。有の場合は、保険会社等名称、証券番号、保険請求の有無等をご記入ください。

証券番号	保険会社等名称		証券番号
他の保険契約等	保険の種類	担当部署・担当者	保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有			

3

保険金振込先

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行	フリガナ	<input type="checkbox"/> 座種類 <input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	支店コード(3ケタ) 口座番号(右詰でご記入ください)
口座名義(カタカナ)			
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)	1 0	通帳番号(8ケタ) (右詰でご記入ください) 1
口座名義(カタカナ)			

▲通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○があることをご確認ください。

4

事故の内容

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被災者氏名 (補償対象者)	年 月 日生()歳	年 月 日生()歳	ご連絡先	TEL - -
発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃	
発生場所	都 道 府 県	運転免許証内容		
発生状況	＜自動車、原動機付自転車運転中の事故の場合＞ 事故日時時点で有効な免許証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			＜有効期限＞ 平成 年 月 日まで有効

診断書のご提出を省略される場合は、裏面 2 もご記入ください。

入院補償保険金・通院補償保険金のご請求金額が10万円以下で、休業補償保険金のご請求がない場合は、診断書のご提出を省略することができます。ただし、弊社より別途ご提出をお願いする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

代理店受領日	弊社受領日

診断書をご提出いただく医療機関については、5のご記入は不要です。
ご記入いただいた治療状況について、医療機関等へ確認させていただく場合がございます。

5

<p>おけがをされた体の部位 ※もれなくご記入ください。</p> <p>頭 顔 眼 歯 首 肩 胸 腹 脊柱 腰 臀部 (右 左)腕<手指以外>・(右 左)手指 (左記以外)</p> <p>(右 左)足<足指以外>・(右 左)足指</p>																																													
<p>おけがの状態 ※もれなくご記入ください。</p> <p>打撲 切り傷 すり傷 捻挫 じん帯傷 骨折 脱臼 火傷 その他 (傷病名)</p>																																													
<p>入通院状況</p>						<p>医療機関</p>																																							
<p>入院治療された期間</p>			<p>年 月 日～ 年 月 日</p>			<p>入院および通院の○・△印等を区別して領収書の原本またはコピーを添付してください。(無い場合は、診察券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関情報をご記入ください。)</p>																																							
<p>通院治療された期間</p>			<p>年 月 日～ 年 月 日</p> <p>(うち実際に通院した日数 日)</p>			<p><input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(○印)</p>																																							
			<p>通院して実際に治療を受けた日に○印を付けてください。2ヶ所以上の医療機関で治療された場合は、○・△印等で区別してください。</p>			<p>医療機関①</p>																																							
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p>名称 (科)</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p>所在地 TEL - -</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p><input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(△印)</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p>名称 (科)</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p>所在地 TEL - -</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	<p>3ヶ所目以降は、別紙に記入、添付してください。</p>					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																													
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																													
<p>その他</p>																																													
<p>手術の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>																																													
<p>▶ 診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類の原本またはコピーを添付してください。</p>																																													
			<p>手術名 (もしくは手術番号)</p>			<p>手術日 年 月 日</p>			<p>先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>																																				
			<p>手術名 (もしくは手術番号)</p>			<p>手術日 年 月 日</p>			<p>先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>																																				
<p>ギプス等の固定具使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>																																													
<p>医師等の指示により固定具を常時装着した期間※1</p>				<p>固定具の種類※2</p>				<p>腕(肩から手首まで)または脚(足の付け根から足首まで)※3の全部または一部の固定有無</p>				<p>胸部または腹部の固定有無</p>																																	
<p>年 月 日から 年 月 日まで</p>				<p><input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> その他()</p>				<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>				<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>																																	
<p>年 月 日から 年 月 日まで</p>				<p><input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> その他()</p>				<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>				<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>																																	
<p>※1 「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まず。 ※2 ギプス:受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質(もしくは石膏)の器具。 ●ギプスシーネ:ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。 ●ギプスシャーレ:ギプス固定の後、ギプスを半分にカットして副子として使用するもの。 ●シーネ(副子・副木):受傷部の一側に当て、包帯などで巻いて固定する器具。 ※3 長管骨と3大関節部分を指します。長管骨とは、上腕骨、橈骨、尺骨、大腿骨、脛骨および腓骨をいいます。3大関節部分とは、肩甲骨、鎖骨、手根骨、腸骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨をいいます。</p>																																													

診断書 (業務災害総合保険用) ご返送

●入院補償保険金・通院補償保険金のご請求金額が10万円以下で休業補償保険金のご請求がない場合は、診断書のご提出は原則不要です。
●診断書料は保険金のお支払い対象にはなりません。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

	傷病者 氏名	カルテ No.	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他()
		(男)・(女)	年 月 日生
傷病名・外傷名 または受傷部位・態様		(ICD-10コード(※):)	
<small>(※) 傷病が次の基本分類コードに該当する場合はご記入ください。熱および光線の作用(T67)・気圧または水圧の作用(T70)・低酸素環境への閉じ込め(W81)・高圧、低圧および気圧の変化への曝露(W94)</small>			
発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。)			
初診日	年 月 日	傷病発生年月日	年 月 日
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		当該傷病の治療歴 (無)・(有) (病院名:) 治療時期 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
		治療に影響を及ぼした既往症 (無)・(有) (傷病名:)	
		頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的・他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見(X-P, CT, MRI)異常 (無)・(有) () ・その他所見 異常 (無)・(有) ()	
手術名	①	②	
診療報酬点数 手術区分番号	① ((K)・(J) —)	② ((K)・(J) —)	
手術日	① 年 月 日	② 年 月 日	
手術の種類	① 開頭術・開胸術・開腹術・その他() 骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術 (観血)・(非観血) 植皮(皮弁)術の場合 面積 25 cm ² 以上・25 cm ² 未満 手・足の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に (及ぶ)・(及ばない)	② 開頭術・開胸術・開腹術・その他() 骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術 (観血)・(非観血) 植皮(皮弁)術の場合 面積 25 cm ² 以上・25 cm ² 未満 手・足の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に (及ぶ)・(及ばない)	
先進医療の実施有無 (無)・(有) (年 月 日 ~ 年 月 日)		先進医療に係る届出受理日 (年 月 日)	
入院治療 日間(うち外泊日数 日) (うち特定集中治療室に入った日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日		固定具を「常時装着」するよう指示した期間 (無)・(有) (「入浴時以外は装着」したケースは「常時装着」に含めます。)	
通院治療 日間 年 月 日 ~ 年 月 日		固定具名① (該当に○)	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ その他 ()
実通院治療日 (○印をつけてください。)		固定部位①	() から ()
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	常時装着期間①	年 月 日 ~ 年 月 日
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	固定具名② (該当に○)	ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ その他 ()
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	固定部位②	() から ()
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	常時装着期間②	年 月 日 ~ 年 月 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	医学的に身体障害を被った時に就いていた業務または職務への就業が全く不可能と判断された期間の有無 (無)・(有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があると判断された期間の有無 (無)・(有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	年 月 日 (治療) (継続) (中止) (転医)	
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日		
後遺障害残存見込 (無)・(有)・(未定) (有・未定の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。)			
		症状固定見込年月 年 月	

後遺障害補償保険金のお支払い可能性を確認する必要があります。必ずご記入いただきますようお願いいたします。

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地 〒 —

TEL — —

医療機関名

診療科名

医師名

GIAJ09-C13-202012

代理店受領日	弊社受領日



補償対象者証明書兼就業中事故証明書

ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛

被保険者(事業者)	
記入日	年 月 日 証券番号
住所	〒 -
氏名	印

必ずご捺印ください。

法人の場合は、代表印をご捺印ください。▲

以下の被災者について、超Tプロテクション(業務災害総合保険)の補償対象者であること、および以下記載の業務に従事中の事故により負傷したことを証明します。

被災者	
住所	〒 -
氏名	
勤務先	<input type="checkbox"/> 当社 <input type="checkbox"/> その他()
事故日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃
事故場所	
該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 現場内 <input type="checkbox"/> 取引先 <input type="checkbox"/> 出張先 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途上(~) <input type="checkbox"/> 移動中(~)
事故時の被災者の業務内容	<input type="checkbox"/> 当社の業務 <input type="checkbox"/> ()会社の業務に従事中 具体的な業務内容 []
事故状況 (通勤途上の場合は、就業時間をあわせてご記入ください。)	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 当社役員 <input type="checkbox"/> 当社従業員 <input type="checkbox"/> 当社の建設事業の下請負人※ <input type="checkbox"/> 当社の貨物自動車運送事業の下請負人※ <input type="checkbox"/> 上記以外の業種の当社の構内下請負人※ <input type="checkbox"/> 当社業務に従事中的派遣労働者※

※被災者が、被保険者の下請(数次の下請を含みます。)作業に従事中的の方または、業務に従事中的の派遣労働者の場合、

以下の欄に被災者の直接の雇用主の方の証明をお願いいたします。個人事業主ご自身が被災者の場合には、

にチェック()をご記入のうえ、ご自身がご署名・ご捺印ください。

弊社社員の事故につき、上記事実に相違ないことを証明します。

被災者雇用主 <input type="checkbox"/> 個人事業主の方	
住所	〒 -
氏名	印

必ずご捺印ください。

代理店受領日	弊社受領日

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。

(※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

支払内容了知証明書 ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛

<ご注意>

- ◆本書は、お支払いできる保険金の額が確定した後にご提出いただく書類です。
- ◆金額を記載した「支払内容了知証明書」に、必ず法定外補償規定等の補償金受給者（補償対象者またはそのご遺族）の方がご署名・ご捺印ください。

補償金受給者 ▶原則として、被災者(補償対象者)の方が補償金受給者となります。	
記入日	年 月 日
住所	〒 -
氏名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">印</div> <div style="margin-left: 10px;">被災者 との関係</div> <div style="margin-left: 10px;"><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()</div>

▲補償金受給者の方が未成年の場合には、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

私は以下の事故について、被保険者 が、

▲被保険者(事業者)名をご記入ください。

法定外補償規定等による補償を行うために、加入の保険会社である東京海上日動火災保険株式会社から

金 円 を受領することを了知しています。

被災者(補償対象者)	
事故日	年 月 日
氏名	

代理店受領日	弊社受領日

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。

(※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

就業不能状況記入書 ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛

おけが・ご病気をされた方	
記入日	年 月 日
住所 〒 -	ご連絡先 TEL - - 日中 - - 連絡先
氏名	
就業不能状況	就業不能期間 必ずご記入ください。 年 月 日から 年 月 日 まで 現在継続中 (日間)
就業不能とは、業務に従事することが全く不可能なことをいいます。	理由 症状、容態、欠勤期間等具体的にご記入ください。
勤務先住所 (自営業店舗)	ご連絡先 TEL - -
勤務先の名称	仕事の内容 具体的に ご記入ください。
受傷または発病の日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 (注) 業務開始前 ・ 業務開始後
受傷または発病の状況 (傷病名)	
治療期間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで

(注) 受傷または発病の日時が会社所定の休日の場合には、通常の勤務日に置きかえて、業務開始前の時間帯の場合には「業務開始前」を、業務開始後の時間帯の場合には「業務開始後」を ○ で囲んでください。

証明者 ▶ おけが・ご病気をされた方のご勤務先の方がご記入ください。	
上記の記載内容に相違ないことを証明します。	
記入日	年 月 日
住所 〒 -	ご連絡先 TEL - - 日中 - - 連絡先
証明者名	印
おけが・ご病気をされた方との関係	<input type="checkbox"/> 直属の上司 <input type="checkbox"/> 総務、人事の責任者 <input type="checkbox"/> その他 ➔ (具体的に)

代理店受領日	弊社受領日

【個人情報の利用目的】
 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。
 (※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

就業不能状況記入書

《記入例》

・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
 ・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直しください。

就業不能状況記入書 ご返送		 TOKIO MARINE NICHIDO	
東京海上日動火災保険株式会社 宛			
おけが・ご病気をされた方			
記入日	<input type="radio"/> ×年 7月 25日		
住所	〒 100 - 8050 東京都千代田区丸の内□-□-□	ご連絡先	TEL 03 - 5223 - XXXXX 日中連絡先 090 - 1234 - XXXXX
氏名	安心 次郎		
就業不能状況	就業不能期間 ○×年 5月 1日 から ○×年 5月 28日 まで (28日間) <small>現在継続中</small>		
理由	右足首を骨折し、入院治療をしております。 退院後は○○な状態であったことから、 ▲▲ができずに●●●●に支障があったため、欠勤となったもの。		
勤務先住所 (自営業店舗)	東京都千代田区大手町△-△-△	ご連絡先	TEL 03 - 5223 - XXXXX
勤務先の名称	○×○×建設株式会社	仕事の内容	ビルの外壁工事
受傷または発病の日時	<input type="radio"/> ×年 4月 30日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 3時頃 (注) 業務開始前 ・ 業務開始後		
受傷または発病の状況 (傷病名)	転倒により右足首を骨折		
治療期間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> ×年 4月 30日 から <input type="checkbox"/> ×年 5月 6日まで <input type="checkbox"/> ×年 5月 7日 から <input type="checkbox"/> ×年 7月 15日まで <input type="checkbox"/> ×年 月 日から 年 月 日まで		
(注) 受傷または発病の日時が会社所定の休日の場合には、通常の勤務日に置きかえて、業務開始前の時間帯の場合には「業務開始前」、業務開始後の時間帯の場合には「業務開始後」を ○ で囲んでください。			
証明者 ▶ おけが・ご病気をされた方のご勤務先の方がご記入ください。			
上記の記載内容に相違ないことを証明します。			
記入日	<input type="radio"/> ×年 7月 26日		
住所	〒 100 - 8050 東京都千代田区丸の内○-○-○	ご連絡先	TEL 03 - 5223 - XXXXX 日中連絡先 090 - 1234 - XXXXX
証明者名	○×○×建設株式会社 人事部長 保険太郎		
おけが・ご病気をされた方との関係	<input type="checkbox"/> 直属の上司 <input checked="" type="checkbox"/> 総務、人事の責任者 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		
代理店受領日		弊社受領日	
【個人情報の利用目的】 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(株)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・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。 (※)詳しくは、弊社ホームページ(http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/)をご覧ください。			

● おけが・ご病気をされた方が個人事業主の場合には、ご本人以外の方(従業員やご家族等)の証明をお願いいたします。