

団体長期障害所得補償保険 (GLTD)専用 保険事故報告書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

欄は、いずれか選択してください。

ご契約種類	全員加入のみ	任意加入のみ	全員加入 & 任意加入	
証券番号	全員加入	任意加入	任意加入	
保険始期日	平成 29 年 10 月 1 日	平成 29 年 10 月 1 日		
ご契約者様 (団体様) 名	日本ペイントホールディングス株式会社			
被保険者様の在籍会社名	日本ペイント株式会社			
ごご担契約者窓者口様の側方の	会社名	日本ペイント株式会社	お名前	あいおい 太郎
	会社住所	〒123-1234 〇×市 〇△超 4-5-6		
	部署名	人事グループ		
	電話番号	03-1234-5678		
	E-mail アドレス	aioi-tarou @ aioinissaydowa-system.co.jp		
被 保 険 者 様 に つ い て	お名前 (フリガナ)	ニッペ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
	お名前 (漢字)	ニッペ 太郎		
	生年月日	昭和34年 1月 1日	入社年月日	平成57年 4月 1日
	所属事業会社名	日本ペイント株式会社		
	所属部署名	営業部	役職名	課長
	具体的なお仕事内容	営業事務		
	ご自宅のご住所	〒123-4567 〇×市 〇△超 4-5-6		
	ご自宅電話番号	03-3456-7891	携帯電話番号	080-1234-5678
	傷病名	ご記載ください		
	発病時期	平成23年8月1日 頃	初診日	平成23年 9月 2日
	具体的な症状(おケガの場合は事故状況など)	ご記載ください		労災給付の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	就業障害発生前の最後の出勤日	平成23年 9月 1日	復職(予定)日	<input checked="" type="radio"/> 未定 <input type="radio"/> 確定 年 月 日
	病院名 ①	大阪〇〇クリニック	電話番号	
	病院名 ②		電話番号	
病院名 ③		電話番号		
傷病手当金給付開始日	平成23年 11月 26日	給付済	<input checked="" type="radio"/> 給付申請中 <input type="radio"/> 給付申請予定	
請求書類送付先	就業障害証明書のみ ご担当者様、その他はご本人様宛		<input checked="" type="radio"/> 全てご担当者様宛 <input type="radio"/> 全てご本人様宛	
特記事項				

上記のとおり 保険事故報告をいたします。

報告日	平成24年 7月 4日	報告者様のお名前	ニッペ 太郎
報告者様の被保険者様とのご関係	会社関係者様	ご本人様	<input checked="" type="radio"/> その他⇒ ()

◆保険会社連絡先 〒150-8488 東京都 渋谷区 恵比寿 1-28-1 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
医療保険金サービス部 業務管理センター 電話 03-5789-7345 フリーダイヤル 0120-363-375