

株式会社第一ビルディング宛

FAX:03-6774-7241

セキスイハウス協会入院補償制度

保険金請求連絡書

連絡日		年 月 日				
被 保 険 者 情 報	氏名カナ					
	氏名漢字					
	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	郵便番号	—	住所カナ			
	住所					
	連絡先	自宅	—	—	携帯	—
死亡日		年 月 日				
入院開始日		年 月 日				
原因		<input type="radio"/> 病気 ・ <input checked="" type="radio"/> 交通事故でのケガ ・ <input type="radio"/> 交通事故以外でのケガ				
傷病名		状況	<input checked="" type="radio"/> 通退勤中 ・ <input type="radio"/> 業務中 ・ <input type="radio"/> 業務外			
<input checked="" type="radio"/> 入院	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	日 数	日間				
<input checked="" type="radio"/> 手術	有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> あり ・ <input type="radio"/> なし				
	手術内容					
医療機関	名称					
	連絡先					

保険金請求書類送付先 (保険会社から送付)	<input checked="" type="radio"/> 被保険者住所 ・ <input type="radio"/> 問い合わせ先住所	← どちらか必ずお選びください。
--------------------------	--	------------------

問 い 合 わ せ 先	問い合わせ先名カナ			
	問い合わせ先名			
	窓口担当者			
	続柄			
	電話番号			
	郵便番号	—	住所カナ	
	住所			

代理店使用欄

証券番号	912113J643	加入者番号	
連絡事項			