メディカル少額短期保険（株）宛て（FAX：03-5244-9681）

「職業賠償責任保険」（預かり物の紛失・盗取等）事故報告書

ご記入日：西暦　　年　　月　　日

証券番号：

■被保険者欄（＝補償を受ける方）

氏名	フリガナ 様	日中の連絡先	TEL：　（　）　（携帯・自宅・勤務先） メール：
住　所	〒		
所属施設名			

■被害者欄

氏　名 （または法人名）	フリガナ	年齢 性別	歳 （　男　・　女　）
住　所	〒		
電　話	（自宅・携帯・勤務先・その他（　　））　ー　ー　（内線　　）		

■事故内容

事故発生日 （事故を認識した日）	西暦　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃	
事故の場所	（都・道・府・県）　（市・郡・区）　（町・村） 施設名：	
預かった状況	□常に預かって管理していた。 □一時的に預かった。→下記のいずれかの状況を記載してください。 時間的状況：　月　日　時頃　～　月　日　時頃まで 場所的状況（どこからどこまで）：　から　まで	
事故状況 （書き切れない場合は別紙にご記入ください。）	※事故の原因と考えられる行為または不注意の内容も記載してください。 ※鍵の紛失の場合→錠交換の必要（　あり　・　なし　）	
	受託物名：	受託物の購入時期：
	受託物の購入時価格：	

※保険金請求時には領収書の原本が必要になります。

■保険金請求書の送付先（内容照会先）

□被保険者　その他(氏名：　　被保険者との続柄：　　)	
住所・電話	〒　　TEL ﾌﾘｶﾞﾅ

※本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認以外の目的では使用いたしません。

C03-20-0004