

本用紙をコピーしてご使用ください。

年 月 日

損害保険ジャパン日本興亜株式会社
本店企業保険金サービス部 団体保険金サービス課 行
(FAX: 03-3385-5500)

医開2扱

公益社団法人 東京都医薬品登録販売者協会
賠償責任保険制度 事故通知書

《事故に関するご連絡先》

担当者名	
連絡先	TEL. - - FAX. - -

加入店舗	加入店舗名 (被保険者名)	フリガナ
	加入店舗住所 (被保険者住所)	フリガナ
契約者名		公益社団法人 東京都医薬品登録販売者協会
請求する保険種類		<input type="checkbox"/> (賠償責任保険) 店舗契約 <input type="checkbox"/> (賠償責任保険) 勤務者契約 <input type="checkbox"/> (傷害保険) 普通傷害保険契約

事故の内容	事故日時	年 月 日 (時 分頃)
	事故場所	
	事故状況	
	被災者名	
損害(ケガ)の状況	ケガの内容(傷病名)	
	治療状況	<input type="checkbox"/> 通院(見込) [日間] <input type="checkbox"/> 入院(見込) [日間]
	損害物	
	損害物の状況	損害の程度をご記入ください。
保険会社への連絡欄		