

全国商工会連合会 会員サービス部 御中

年 月 日

全国連使用欄	
受付番号	

商工会名

担 当:

電 話:

該当する請求書類にチェック下さい
両方なら両方にチェック下さい

<input type="checkbox"/> 医療特約
<input type="checkbox"/> 「トータルがん」(がん重点補償)
<input type="checkbox"/> 「シンプルがん」

医療特約・トータルがん・シンプルがん 事故連絡票

県 名	茨城県		商工会名	龍ヶ崎市		商工会
加入者名			契約者番号			
被共済者			被共済者コード			
加入日(ご請求種目の加入日)						
			(医療)			
			(がん)			
生年月日	(西暦)	年	月	日生満	歳	性別
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
入院(手術)原因	<input type="checkbox"/> 疾病(がん以外) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 傷害		傷病名			
病状 ・ 事故状況	発病日	年	月	日	診断確定日 (がんのみ)	年 月 日
	初診日	年	月	日	病院名	TEL:
入院期間 (1日入院を含む)	① 年 月 日 ~ 年 月 日 (確定・見込み)			病院名		
	② (確定・見込み)			病院名		
手術の内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合下段に内容を記入して下さい)					
	① 手術日 : 年 月 日			手術名 :		病院 :
注意事項 特記事項						

県連
20 年 月 日

全国連
20 年 月 日

東京海上日動
20 年 月 日

(備考)
