*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　　　　　　　　　医開２扱

（ＦＡＸ：０３－３３８５－５５００）

**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 | | □(賠償責任保険)店舗契約  □(賠償責任保険)勤務者契約  □(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 | □通院(見込)[　　　日間]　　　□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 | |  |