



FAX : 086-464-2978
 メール : 25@y2net.co.jp
 株式会社Y2NET 川崎学園保険請求担当 宛



学研災付帯学生生活総合保険事故報告書 (治療費用保険金用)

報告日	平成 年 月 日
連絡者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (続柄: お名前:)
日中連絡先	電話 携帯 メールアドレス

【加入者の情報】

大学名		学年	
学生氏名		年齢	
加入者番号	(※分かる場合)		

【報告内容】

事故区分	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ
治療区分	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院(月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 手術
初診日	平成 年 月 日 ※病院の領収書でご確認ください。
治療予定期間	<input type="checkbox"/> 月 日頃治療終了予定 <input type="checkbox"/> すでに完治
原因・症状 治療内容 手術内容	【ケガの場合、該当する箇所にチェックしてください】 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 通学中 <input type="checkbox"/> 部活中 <input type="checkbox"/> 大学構内 <input type="checkbox"/> その他

【請求書類の発送について】 ※未成年の方は親権者をご請求いただくようになります。

送付区分	<input type="checkbox"/> 来店手続き <input type="checkbox"/> 郵送
【郵送】 住所 名前	〒 (宛名の指定がある場合:)
【来店】	ご来店予定日時: 月 日 : 例) 7月1日16:00
備考	※連絡の取りやすい時間などご記入ください。