

# 疾病入院補償 事故受付票

(団体コード：16694)

保険金お支払センター  
 電話： - - -  
 担当： 受付日 / /

FAX： - - -

新制度【DSS】

大垣 青色申告会

電話：(0584) 78-6808

担当： 受付日 (年/月/日) / /

旧制度【所得補償】

FAX：03-3259-7137

傷病損サ  
 傷病2SC  
 担当： 受付日 / /

広域法人部営業第3課  
 担当： 電話：03-3259-6694  
 受付日 / /

お客さまに下記①～③を聴取いただき、  
 上記フローでFAX願います。

<三井住友海上使用欄>  
 ☆新旧どちらの制度にご加入いただいているかで、  
 送信先が異なります。(要契約確認のこと)  
 ●新制度=DSS ●旧制度=所得補償

(注)ケガの場合と賠償の場合  
 (全青色傷害・傷害特約)  
 には、この用紙は使えません！

## ①『ご契約の内容をお聞かせください。お手元に入院された方の「被保険者証」はございますか?』

事業所名	
事業主名	
被保険者名 (入院された方のお名前)	77777
被保険者の生年月日	S・H 年 月 日
明細番号(被保険者証に記載)	<10桁> 0000
被保険者番号(被保険者証に記載)	<3桁>

## ②『それでは入院の内容をお聞かせください』

入院開始日	年 月 日
退院予定日(不明な場合は省略可)	年 月 日
入院された病院(明確でない場合は省略可)	
入院の原因となった病名 <ケガの場合は対象外となります>	
上記病気で初めて病院に行かれた日 <加入日(加入者証に記載)以前から病院に行かれていた場合は対象外となります>	年 月 日
発病日(はじめて症状を自覚された日) <上記同様、加入日以前の場合は対象外となります>	年 月 日

## ③『今後のご連絡先についてお聞かせください』

住所	77777	氏名 (被保険者との関係： )
	〒	

『ご連絡ありがとうございました。』

早速、三井住友海上の保険金支払担当に連絡を入れ、問題がなければ「請求書類」一式をご郵送申し上げますよう手配いたします。

なお、請求書類の中に診断書がございますが、診断書上、今回の病気の発病日が本制度加入前と記載されている場合には、保険金が支払われませんので、ご注意願います。』

上記所定の欄に  
 書ききれない事項  
 はこちらに記載  
 願います。

FAX 事務局 73-0163