

# 見舞金請求書 兼 事故状況報告書

全国理容生活衛生同業組合連合会御中

〔申出日〕                      年              月              日

〔申出者〕 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、「理容こども110番の店・見舞金補償制度要綱」に基づき、下記のとおり見舞金を申請します。

記

< 申出者記入欄 >

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 理容こども110番の店登録者名          |  |
| 補償対象者<br>(傷害見舞金の請求時のみ記入) | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> (    歳)<br>理容こども110番の店登録者との関係 (    )   |
| 事故日                      | 年    月    日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後    時    分頃   |
| 場所                       |  |
| 補償対象者の傷害                 | <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 処置中 <input type="checkbox"/> 診察中<br><input type="checkbox"/> その他 (    )                                  |
| 補償対象物の損害                 | <input type="checkbox"/> 建物損害 <input type="checkbox"/> 付属建物 <input type="checkbox"/> 付属設備 <input type="checkbox"/> 収容動産<br><input type="checkbox"/> その他 (    ) |
| 事故状況<br>(できる限り詳細に)       | <br><hr/><br><hr/><br><hr/><br><hr/>   |

< 請求申請する見舞金 > ※該当する番号に○印を付けて下さい。

|            |               |  |
|------------|---------------|--|
| 1. 死亡見舞金   | ・死亡した日時       | 年    月    日 AM・PM    :   |
|            | ・死亡した原因 (傷害名) |  |
|            | ・死亡した場所       |  |
| 2. 後遺障害見舞金 | ・部位           |  |
|            | ・状態           | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 中止 |
|            | ・症状固定日        | 年    月    日  |
| 3. 入院見舞金   | ・入院開始日        | 年    月    日  |
|            | ・傷害名          |  |
|            | ・医療機関         |  |
| 4. 通院見舞金   | ・通院開始日        | 年    月    日  |
|            | ・傷害名          |  |
|            | ・医療機関         |  |
| 5. 建物損害見舞金 | ・損害日          | 年    月    日  |
|            | ・損害箇所         |  |

< 全国理容生活衛生同業組合連合会記入欄 >

| 補償金種類   | 支給有無  | 適用内容       | 補償金額 |
|---------|---|------------|------|
| 死亡補償金   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            | 円    |
| 後遺障害補償金 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 後遺障害割合( )% | 円    |
| 入院補償金   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            | 円    |
| 通院補償金   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            | 円    |
| 建物損害補償金 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            | 円    |
| 補償金合計金額 |   |            | 円    |

|       |       |       |   |
|-------|-------|-------|---|
| 支給決定日 | 年 月 日 | 支給決定者 | 印 |
|-------|-------|-------|---|