

FAX マイ・ハート 傷病連絡票 FAX 045-231-8118

マイ・ハート担当 行

送信日 年 月 日

◆下記の症状にて（通院・入院・手術）をしましたので、請求手続きをお願いいたします。

病気による入院・手術の場合

フリガナ：

該当者名(必須)： 生年月日(必須)： 年 月 日 続柄(必須)：

病名(必須)：

入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

退院予定日： 年 月 日

手術名： (入院手術・日帰り手術) いずれかに○印

手術日： 年 月 日

備考：

ケガによる入院・手術の場合

フリガナ：

該当者名(必須)： 生年月日(必須)： 年 月 日 続柄(必須)：

傷病名(必須)：

事故発生日： 年 月 日

ケガの理由等：

通院開始日： 年 月 日 通院終了日： 年 月 日

終了予定日： 年 月 日

入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

退院予定日： 年 月 日

手術名： (入院手術・日帰り手術) いずれかに○印

手術日： 年 月 日

ご自分の物の損害によるご請求の場合

事故発生日(必須)： 年 月 日

損害品区分	損害品名	購入金額	購入年月	修理代	損害区分
1. 身の回り品		千円	年 月	千円	1. 破損 (A. 現物有 B. 写真有) 20. 盗難 99. その他
2. 現金・乗車券		千円			1. 破損 (A. 現物有 B. 写真有) 20. 盗難 99. その他

支部

分会 分会 TEL：

職員番号(必須)：

氏名(必須)：

自宅住所(必須)：〒

TEL(必須)：

傷病連絡はマイ・ハートホームページからも受け付けております

株式会社マイ・ハート

検索

<https://my-heart.co.jp/>

スマホからは便利な Web
請求がご利用いただけます

