記入日：　　年　　月　　日

損害保険ジャパン株式会社
本店企業保険金サービス部
団体保険金サービス第一課　御中

【事故受付用】　ＦＡＸ番号：０３－３３４４－５８７８

加入者（被保険者）は損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

新型コロナウイルス感染症対応

日本歯科医師会　休診補償制度　事故報告書

以下の1～10をご記入の上、上記宛先までＦＡＸにてお送りください。受付後、保険金請求に必要な書類を送付します。

1	**加入者氏名**	（フリガナ）
2	**加入者連絡先** **（電話番号）**	（　　―　　―　　） （※）平日、連絡のつきやすい日中の時間帯を以下にご記入ください。 【　　時　　分～　　時　　分／　　時　　分～　　時　　分】
3	**日本歯科医師会** **会員番号（9桁）**	
4	**歯科診療所名**	
5	**歯科診療所 所在地**	（〒　　―　　） 都　道 府　県
6	**歯科診療所の年間売上高** ※2021年度、2022年度、2023年度のいずれか**高い方の金額**	万円　（　2021・2022・2023　） （※）2021年度、2022年度、2023年度の決算書類をご確認の上、いずれか高い方の金額をご記入ください。 また、該当の年度を「○」で囲ってください。 なお、決算書類のご提出をお願いする場合があります。
7	**休診期間**	年　　月　　日（　）　～　　年　　月　　日（　）
8	**休診日数** （所定の休診日を除く）	日間 （※）上記「休診期間」内における歯科診療所所定の休診日を以下に記載してください。 【　月　日（　）／　月　日（　）／　月　日（　）】
9	**消毒実施日**	年　　月　　日（　　） （※）未実施の場合、実施予定日をご記入いただき、余白に「予定」とご記入ください。 なお消毒は、外部業者にご依頼いただいても、内部で実施いただいても結構です。
10	**休診事由** （該当の□にレ印を入れてください。）	① □ 新型コロナウイルスに感染した。 ② □ 外部業者による消毒を実施した。 □ 内部で消毒を実施した。

保険会社記入欄		
	証券番号	
	契約者	公益社団法人　日本歯科医師会
	扱代理店	損保ジャパンパートナーズ株式会社

個人情報の取扱いについて

○保険契約者（団体）は本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保険医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱に関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）をご覧いただくか、損保ジャパンまでお問い合わせ願います。