

FAX 0796-43-2290

保険事故連絡票

コピーをしてご使用ください

通知者		電話番号	
ご加入保険種類		証券番号	
ご契約者			
ご住所			
事故日時	20	年	月 日 時 分頃
事故発生場所(住所)			
事故状況 ※詳しくご記入ください	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

↓賠償事故の場合は加害者、ケガの場合は受傷者をご記入ください

被 保 険 者	お名前	様	電話番号	
	ご住所	〒		
	ご生年月日	年	月 日	歳 男・女

ケ ガ	部位	頭部	顔面	頸部	肩部	胸部	腹部	脊柱	腰部	上肢	手指	下肢	足指	全身	臓器	神経	その他	()
	症状	骨折	脱臼	捻挫	創傷	破裂	火傷	腱断裂	靭帯損傷	欠損切断	打撲座礁	神経損傷	急性中毒	その他	()			
	医療機関名											電話番号						

賠 償	被害者	様	電話番号	
	ご住所			
	ご生年月日	年	月 日	歳 男・女
	対人 ※疾病程度・病院名			
	対物 ※被害物			

※この事故連絡票に記載された個人情報、みのり保険事務所プライバシーポリシーに基づき、定められた利用目的の範囲内で利用させていただきます。