

FAX 0796-43-2290

自治会活動保険事故連絡票

コピーをしてご使用ください

通知者		電話番号	
ご契約者(地区名)			
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は、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。