



FAX 093-383-0507

内容報告書

契 約 者 _____

(病気の対象者) _____ 役員 _____ 社員 _____

(病気をされた方)

*要 ふりがな

氏 名 _____

住 所 _____

連 絡 先 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

病 院 名 _____

病 院 電 話 番 号 _____

※要:病名

がんの場合
診断確定日

入 院 : _____ 有 _____ 無 _____ 手 術 : _____ 有 _____ 無 _____

入院開始日: _____ 月 _____ 日 _____ 休 業 : _____ 有 _____ 無 _____

ご報告ありがとうございました。1日も早いご回復をスタッフ一同お祈りいたします。

総合保険代理店 株式会社 大喜

〒806-0014

北九州市八幡西区東川頭町2-22

TEL 093-383-0506 FAX 093-383-0507

MAIL iine@daiki-hoken.com