



FAX 093-383-0507

内容報告書

契 約 者

(病気された方)

*要 付りがな

氏 名

住 所

連 絡 先

生 年 月 日 年 月 日

病 院 名

病 院 電 話 番 号

*入院理由

入 院 : 有 無 手 術 : 有 無

入院開始日: 月 日

※要:病名・傷病名 ()

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