



FAX 093-383-0507

内容報告書

契 約 者 _____

年 月 日 年 月 日 時 分頃 _____

(ケガ)発生場所 _____

(ケガをされた方)

*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 ケガをした時の
状況・ケガの部位

入 院 : 有 無 手 術 : 有 無

※要:傷病名 ()

ご報告ありがとうございました。一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