

～傷害保険事故受付表～

通報者	様			代理店	(株)ライスコンサルティング			
	連絡先:		携帯:		FAX.03-6661-6034			
保険会社				証券番号				
被保険者	フリガナ			住所	フリガナ			
	様							
			連絡先: ()		携帯:			
事故日	月 日		警察届出	有り・無し	有りの場合 ⇒ 警察署			
	時 分 ころ							
事故場所	都 県		区 市 郡					
事故内容				図				

受傷部位		傷病名	
医療機関		住所 TEL	

入院状況 あり なし 実質入院期間 (/ から / まで)

()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

通院状況 あり なし 実質通院期間 (/ から / まで)

()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
()月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

必要書類

①診察券の写し②保険金が約10万円を超える場合は診断書が必要です。