

傷害保険 事故報告書

株式会社エム・アイ・プラン
TEL: 06-6577-2700
FAX: 06-6577-3200

報告日: _____ 年 ____ 月 ____ 日
記入者: _____
保険始・満期日 _____

御契約者様

保険会社

保険種類

証券番号

被 保 険 者	フリガナ:	フリガナ:
	氏 名:	住 所
	男 ・ 女	
生年月日		年 月 日: 電話番号

『けがの内容をお聞かせ下さい』

事故日	年 月 日	午前 午後	時 分頃	けがの部位	
				症状名	手術の有・無
場事 所故					
事故 状 況				症状名	
				手術内容	
機医 関療	①	病院	②	病院	
	TEL ()		TEL ()		
入院	有・無 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
通院	有・無 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) (予定)				