

# 損害保険 事故受付表

虹のサービス(有) FAX:088-822-1837

受付年月日	R.      年      月      日      時      分	受付者		
保険の種類	保険 証券番号 _____		引受保険会社	
事故報告日	R.      年      月      日      時      分	報告者		
フリガナ		所属名		
契約者名	日中連絡先:			
	勤務先電話番号:			
契約者住所	市・郡                      町・村			
契約者と同一の場合記入不要	フリガナ	主たる被保険者との続柄	職業	
	被保険者名			
	生年月日	T・S・H      年      月      日	電話番号:	
	被保険者住所	市・郡                      町・村		
事故の日時	年      月      日      時      分頃			
事故の場所				
事故状況				
損害程度				
医療機関名	病院	科	先生	
	住所:		電話番号:	

※上記にご記入いただいた個人情報を本保険の保険金支払手続きのため、保険会社が必要な範囲内で使用することにご同意の上ご記入ください。……  同意します