

傷害 事故報告 カード(一般用)

事故日	年	月	日	午前・午後	時	分
事故場所	〒 _____ 都 _____ 市区 _____ 町 _____ 道 _____ 郡 _____ 村 _____					
「事故状況」						
お ケ ガ を さ れ た 方 (被 保 険 者)	(フリガナ) 氏名				男・女	
	生年月日	M	T	S	H	年齢
	住所 (〒)					
	TEL					
	職業					

傷害部分	頭部・頸部・腕・脚・手・足・その他(_____)					
症状	打撲・捻挫・骨折・脱臼・火傷・切創傷・その他(_____)					
疾病名						
病院名	A _____ 病院・接骨院				入院した場合で手術の有無	
	TEL _____				有・無	
	B _____ 病院・接骨院				有の場合の手術名	
	TEL _____					
現状態	治療中 ・ 治療済				〔全治 _____ 月・日間〕	
治療状況	入院	月	日	～	月	日〔予定・退院〕
	通院	月	日	～	月	日

株式会社 NJK保険サービス

TEL 06-6202-1911

FAX 06-6202-1955

事故担当 : 助野