

賠償責任保険 事故報告 カード

事故日	年	月	日	午前・午後	時	分
事故場所	〒 都道府県		市区郡	町村		
「事故状況」						
被害者	(フリガナ) 氏名		生年月日	M T S H	年	月 日
	住所 (〒)					
	TEL					
	被害物					

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
	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