

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