



全青色傷害・傷害特約

事故受付票

傷害
日常賠償

傷害	保険金お支払センター	[各地のお支払いセンター]
	電話： - -	FAX： - -
	担当： _____	受付日 / /

日常賠償	火新損サ・1SC	[全国共通]
	電話：03-3259-5824	FAX：03-3259-5594
	担当： _____	受付日 / /

傷害	大塚 青色申告会
	電話：0584-78-6808
	FAX：0584-73-0163
日常賠償	担当： _____ 受付日(年月日) / /

*お客さまに事故内容を聴取いただき、上記フローでFAX願います。
【傷害】の場合は①②④、【日常生活賠償】の場合は①③④をご記入ください。

① 『ご契約の内容をお聞かせください。』

事業所名			
事業主名			
被保険者名 (ケガされた方のお名前)	ワカナ		
被保険者の生年月日	T・S・H	年	月 日
明細番号	<10桁>0000	被保険者番号	<3桁>

② 傷害の場合 『事故の概況とおケガの内容をお聞かせください』

事故日	年 月 日 時頃		
事故場所			
事故状況			
ケガの部位	頭・顔・首・肩・胸・腹・脊柱・腰・上肢・手指・下肢・足指 その他 ()		
ケガの状況	打撲・切創・骨折・脱臼・捻挫・火傷・欠損 その他 ()		
医療機関	① 病院・接骨院 電話： _____	② 病院・接骨院 電話： _____	
	入院期間 (該当する場合のみ)	<期間> 月 日 ~ 月 日 (日間) 期間が不明な部分は省略可 手術を行った場合の手術名 ()	
通院期間 (該当する場合のみ)	<期間> 月 日 ~ 月 日 (日間) 期間が不明な部分は省略可		

③ 日常賠償の場合 『事故の内容をお聞かせください』

事故日	年 月 日 時頃		
事故場所			
事故状況			

④ 『今後のご連絡先についてお聞かせください』

住所	ワカナ 〒 _____	氏名	(被保険者との関係：本人)
		電話番号	