

生命傷害共済事故受付票

◎県共済FAX:083-925-6372へ送信ください◎

県共済

代理所名	
受付者	
受付日	年 月 日 時 分
事故番号	※本部採番
証書番号	
組合員番号	

保障タイプ	生命傷害 ・ 傷害
商品名	
共済金額	万円

契約者	(ふりがな) _____	TEL	
被共済者	(ふりがな) _____	生年月日	年 月 日(歳)
		TEL	
事故報告者	(ふりがな) _____	契約者との関係	
		TEL	

事故日	年 月 日 時 分頃	事故場所	
事故内容	※できる限り詳しく記載してください		
			※どちらかに○をしてください 業務中 ・ 業務外
ケガ等の程度		病院名等	TEL

備考 (特記事項)
