

分かる範囲でご記入後059-350-2157にFAXまたはメールして下さい

氏名	フリガナ		男女	生年月日	S・H	年	月	日
	名前							
住所				役員・従業員・下請負人				
連絡先	自宅		携帯					
事故日時	年 月 日			AM	PM	:		
事故場所								
事故状況?	<input type="checkbox"/> 骨折・ <input type="checkbox"/> 打撲・ <input type="checkbox"/> 捻挫・ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 骨折の場合/固定具使用 有・無 ケガをした箇所・・・ 原因							
病院名				労災を 使用する ・ 使用しない				
入院	あり なし	/ ~ /	手術	あり なし	日間			
		日間			手術名			
通院	あり なし	/ ~ /						
		日間						

お客様にお願い

- 自己負担分の領収書を保管してください
- 通院した日をメモしておいてください
- 完治したら、連絡してください
 TEL: 059-350-2150 メール: info@fitsogo.net
 FAX: 059-350-2157

事故報告者	会社名		保険金振込先 法人 ・ケガした本人	
	担当者		連絡先	
当社使用欄	受付者		受付日時	

- 事故受付時に受付者が分かる範囲で記入
- 契約者にFAX
- 契約者から記入完了後のFAXを受け付ける
- SCIにFAX SCへのお願い保険金請求書類はフィット総合保険に送ってください