

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？ | □骨折・□打撲・□捻挫・□その他() □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

| | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 自己負担分の領収書を保管してください |
| <input type="checkbox"/> | 通院した日をメモしておいてください |
| <input type="checkbox"/> | 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 | |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 事故受付時に受付者が分かる範囲で記入 |
| <input type="checkbox"/> | 契約者にFAX |
| <input type="checkbox"/> | 契約者から記入完了後のFAXを受け付ける |
| <input type="checkbox"/> | SC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 |