



郵便はがき

9608790

福島市渡利字七社宮111
 福島県総合社会福祉センター内
 公益財団法人
 福島県老人クラブ連合会 行



この連絡票到着後、ご連絡及び保険金のご請求書類を送付致しますので、連絡先をご記入下さい。

住所	□□□-□□□□
電話番号	() —
フリガナ氏名	
ケガをされた方との関係	①ご本人 ②ご家族 ③所属クラブ関係者 ④その他 ()

おケガをして入院もしくは通院をされた場合は、このハガキを出してください。

熟年生活安心保険事故連絡票

所属のクラブ名		
加入者氏名	カナ	男・女
生年月日	明 大 昭 年 月 日 生	
加入者住所	□□□-□□□□ <small>(連絡先と同じ)</small>	
加入タイプ	<input type="radio"/> A 10,000円 <input type="radio"/> B 8,000円 <input type="radio"/> C 5,000円	
事故年月日	平成 年 月 日 午前 午後 時 ごろ	
事故場所		
事故の状況 どのようにしてケガをしましたか		
傷病名 <small>(医師にご確認ください)</small>		
おケガの体の部位 (部分)	入院	有・無
	通院	有・無
病院名	電話番号	() —

FAX 024 (524) 1401 担当 中嶋