

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	□□□□-□□□□
自宅	( ) —
携帯	( ) —
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 に同じ</small>	
加入 タイプ	A 12,000円 B 8,000円 C 5,000円	
事故 年月日	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 (医師にご 確認くだ さい)		
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	( ) —

福島県老人クラブ連合会 FAX 024-524-1401