

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	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 15,000円 B 10,000円 C 7,000円 D 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 <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	() —