

(別紙様式)

年 月 日

損害保険ジャパン株式会社 御中

## 事 故 報 告 書

証券番号  
保険期間  
保険種類  
契約者名



(記入不要)

事故者 \_\_\_\_\_ ( 才 )

連絡先 Tel ( ) - \_\_\_\_\_

事故の発生日 \_\_\_\_\_

事故の発生場所 \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分頃

事故の状況  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

受傷名 \_\_\_\_\_

診察機関名 \_\_\_\_\_

連絡先 Tel ( ) - \_\_\_\_\_

保険金請求書  
書類送付先 〒 - \_\_\_\_\_