

病気入院の事故受付の質問書 (わかる範囲でご記入下さい)

Mail: info@keiho-p.com Fax: 092-713-4220

ご契約者(お名前)	
ご担当者名	
ご連絡先	

■ご入院された方について

(ふりがな)			生年月日 性別	年 月 日 (歳) 男性・女性
お名前				
	ご住所	〒 -		連絡先
	入社年月日 年 月 日			契約者との関係 本人・役員・従業員・その他 ()

■入院の内容について

初診日	年 月 日
入院日時(予定日)	年 月 日 ~ 日程度
入院の状況(内容)	例) ○月○日頃からお腹が痛くて病院へ行ったら胃潰瘍と言われ、○日から入院となった。

■ご入院について

入院の有無	なし・あり (日位)	手術の有無	なし・あり()
治療期間	()日・週・月 くらい	治療費	労災・国保・健保・自費・その他

■病院について

病院名	連絡先	
所在地		