

病気入院の事故受付の質問書 (わかる範囲でご記入ください)

FAX 096-285-3652 (株)ライフアース 行

ご契約者(お名前)		連絡先	
-----------	--	-----	--

◆ご入院された方について

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

◆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○日ころからお腹が痛くなり病院へ行ったら胃潰瘍とのことで○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(日くらい)	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			